様式第２号（第４条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用予防接種済証

令和　　年　　月　　日

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチンの 種 類 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン | |  | |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン | |  | |
| 予防接種を受けた  年月日 | １回目 | ロット番号 | 接種量 |  |
| 接種年月日 |  | 0.5 | mL |
| 年  月 日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |  |
| 接種年月日 |  | 0.5 | mL |
| 年  月 日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |  |
| 接種年月日 |  | 0.5 | mL |
| 年  月 日 |

　　医療機関住所：

医療機関名：

医師名（管理者名）：

医師署名又は記名押印：