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証明書

年　　 月 　　日

池田市長

（被接種者情報）※申請者が記入

現 住 所：

氏　　名：

生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

上記の者が下記のとおり、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | ０．５ｍｌ |
| 年　　月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ |
| 年　　月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ｍｌ |
| 年　　月　　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名

医師署名又は記名押印