

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証明書

年 月 日

河内町長 様

（被接種者情報）※申請者が記入

住所：

氏名：

生年月日：

※以下は接種を実施した医療機関が記入

上記の者が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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日		0.5mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5mL
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日 年 月 日		0.5mL

実施場所

医療機関コード

医師署名又は記名押印