様式第２号（第４条関係）

勝央町子宮頸がん予防ワクチン接種費用償還払い申請用証明書

年 月 日

勝央町長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：　　ああああ　　　ああ

氏 名：あ　　ああああああああ

生年月日：ああああああああああ

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 | □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 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：