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：