様式第２（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

大口町長　様

（被接種者情報）

住　　所：

氏　　名：

生年月日：　　年　　月　　日

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">ワクチンの種類</td><td colspan="3">☐　組換え沈降２価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐　組換え沈降４価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐　組換え沈降９価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td rowspan="9">予防接種を受けた年月日</td><td>１回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">0.5ｍｌ</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>２回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">0.5ｍｌ</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>３回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">0.5ｍｌ</td></tr>
<tr><td></td></tr>
</table>

実　施　場　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関コード：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　　師　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師署名又は記名押印：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿