様式第２号(第６条関係)

琴浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費助成申請用証明書

令和　　年　　月　　日

　　琴浦町長　　　　　　様

　〈　申請者記入欄　〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |

　〈　医療機関記入欄　〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチン  の種類 | □組換え沈降２価HPVワクチン（サーバリックス） | | | |
| □組換え沈降４価HPVワクチン（ガーダシル） | | | |
| 予防接種  を受けた  年月日等 | １回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額 |
| 接種年月日 |  | ０.５　mL | 円 |
| 年  月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額 |
| 接種年月日 |  | ０.５　mL | 円 |
| 年  月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 | 接種金額 |
| 接種年月日 |  | ０.５　mL | 円 |
| 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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名又は記名押印