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

（宛先）旭川市長

（被接種者情報）※申請者が記入

|  |  |
| --- | --- |
| 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（予診を実施）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（サーバリクス ）RR |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル ) |
| 予防接種(予診のみ)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 |
| 予診のみ | 受診年月日 |
| 　　年　　　　月　　　　日 |

　　　 実施場所：

　　　 医療機関コード：

医師署名又は記名押印：