

様式第2号（第3条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

三木町長 殿

（被接種者）申請者が記入

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_

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。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈殿2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈殿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		0.5mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	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：