様式第２号（第４条関係）

年　 月　 日

 　　荒尾市長 様

荒尾市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

（被接種者情報）※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  | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン （医薬品名：サーバリックス） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン （医薬品名：ガーダシル） |
| 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  |

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

(署名又は記名押印)