様式第２号（第４条関係）

**記入例**

○○年　〇月　〇日

　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　荒尾市荒尾〇-〇-〇　□アパート△号

氏　　名　荒尾　花子

生年月日　平成９年４月２日

　　　　　　以下は医療機関に記入を依頼してください。

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） | | | |
| 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)