様式第２号（第４条関係）

山梨市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書用証明書

令和　　年　　月　　日

山梨市長　殿

（被接種者情報）※申請者が記入

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |

（医療機関記入）

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 | | |
| * 組換え沈降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 |  | 0.5 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 |

実

|  |  |
| --- | --- |
| 実施医療機関 | 医療機関名：  住　　　所： |
| 医療機関コード |  |
| 医師名 |  |
| 医師署名または記名押印 |  |