別記様式第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費用助成申請用証明書

　　年　　月　　日

美祢市長　様

（被接種者情報）※申請者が記入

　住　所　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　：

上記の方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 | | | | |
| １回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 | 支払年月日 |
| 年  　月　日 |  | 0.5 mL | 円  記録がない場合は下記に  チェックしてください  □　記録なし | 年　月　日  記録がない場合は下記にチェックしてください   * 記録なし |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 | 支払年月日 |
| 年  　月　日 |  | 0.5 mL | 円  記録がない場合は下記に  チェックしてください  □　記録なし | 年　月　日  記録がない場合は下記にチェックしてください   * 記録なし |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | 接種費用 | 支払年月日 |
| 年  　月　日 |  | 0.5 mL | 円  記録がない場合は下記に  チェックしてください  □　記録なし | 年　月　日  記録がない場合は下記にチェックしてください   * 記録なし |

医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　実施医療機関

医師署名又は記名押印

医療機関電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　）　　-