

様式第2号（第5条関係）

大分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

年 月 日

大分市長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 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"/> 組換え沈降2価HPVワクチン |        |        |
|             | <input type="checkbox"/> 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                                   |        |        |
|             | 年                                       |        | 0.5 mL |
|             | 月 日                                     |        |        |
|             | 2回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
|             | 接種年月日                                   |        |        |
|             | 年                                       |        | 0.5 mL |
|             | 月 日                                     |        |        |
|             | 3回目                                     | ロット番号  | 接種量    |
| 接種年月日       |   |        |        |
| 年           |   | 0.5 mL |        |
| 月 日         |   |        |        |

医療機関名：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：