様式第２号（第５条関係）

佐久市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払い申請用証明書

年　　月　　日

（提出先）佐久市長

被接種者　住　　所

氏　　名

生年月日　　　　年　　　月　　　日

上記の者がＨＰＶワクチンの接種を受け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 |  | mL |
| 年  月　　日 |
| ２回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | mL |
| 年  月　　日 |
| ３回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | mL |
| 年  月　　日 |

実施場所（医療機関名）：

医師名：

医師署名又は記名押印：