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償還払い申請用証明書

令和　　年　　月　　日

　　鳥取市長　殿

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

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 | □組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックスⓇ） |
| □組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシルⓇ） |
| 予防接種を受けた年月日 | １回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 　年　　月　　日 |  | 0.5　mL |
| ２回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 　　　年　　月　　日 |  | 0.5　mL |
| ３回目 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 |
| 　年　　月　　日 |  | 0.5　mL |

実施場所：

医師名：

※医師署名又は記名押印