

第2号様式（第3条関係）

阿久根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

（宛先）阿久根市長

医療機関 所在地
名 称
医師氏名

（署名又は記名押印）

次のとおりHPVワクチンを接種したことを証明します。

被接種者	住 所		
	氏 名		
※申請者記入	生年月日	平成 年 月 日	
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		0.5 mL
	平成・令和 年 月 日		
	2 回 目	ロット番号	接 種 量
	接種年月日		0.5 mL
	平成・令和 年 月 日		
	3 回 目	ロット番号	接 種 量
接種年月日		0.5 mL	
平成・令和 年 月 日			

※ 実施した回数分のみ記載してください。