

様式第2号（第4条関係）

子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

和木町長 殿

（被接種者情報）※申請者が記入  
住 所：  
氏 名：  
生年月日：

上記の者が子宮頸がん予防ワクチンを接種したことを証明します。

|                               |                                         |       |        |
|-------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------|
| ワ ク チ ン<br>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<br>を 受 け た<br>年 月 日 等 | 1回目                                     | ロット番号 | 接種量    |
|                               | 接種年月日                                   |       | 0.5 mL |
|                               | 年                                       |       |        |
|                               | 月 日                                     |       |        |
|                               | 2回目                                     | ロット番号 | 接種量    |
|                               | 接種年月日                                   |       | 0.5 mL |
|                               | 年                                       |       |        |
|                               | 月 日                                     |       |        |
|                               | 3回目                                     | ロット番号 | 接種量    |
|                               | 接種年月日                                   |       | 0.5 mL |
|                               | 年                                       |       |        |
|                               | 月 日                                     |       |        |

実施場所：

医療機関コード：

医師名；

医師署名又は記名押印：