第２号様式（第４条関係）

箱根町子宮頸がんワクチンの任意接種償還払い申請用証明書

　　年　　月　　日

箱根町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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ワクチン（ＨＰＶ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 |
| □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 |
| 　　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：

医師署名又は記名押印：