

様式第2号（第3条関係）

能登町子宮頸がん予防接種に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

（宛先）能登町長

（被接種者情報）※申請者が記入

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 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	<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		接種年月日	ロット番号	接種量
	1回目	年 月 日		0.5 mL
	2回目	年 月 日		0.5 mL
	3回目	年 月 日		0.5 mL

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：