第２号様式（第４条関係）

郡山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申請用証明書

令和　　年　　月　　日

郡山市長

（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。

<table>
<tr><td rowspan="2">ワクチンの種類</td><td colspan="3">□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）</td></tr>
<tr><td colspan="3">□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）</td></tr>
<tr><td rowspan="9">予防接種を受けた年月日</td><td>１回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">0.5　mL</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>２回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">0.5　mL</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>３回目</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">0.5　mL</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td></tr>
</table>

医療機関名：

医療機関コード：

医師署名又は記名押印：