

様式第2号（第4条関係）

八幡平市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

八幡平市長 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	1 回 目	ロット番号
	接種年月日	
	年	
	月 日	
	2 回 目	ロット番号
	接種年月日	
	年	
	月 日	
	3 回 目	ロット番号
接種年月日		
年		
月 日		

実施医療機関名

住所

電話番号

医師署名又は記名押印