

医療機関のご担当者様へ

八幡平市ヒトパピローマウイルス感染症に係る
任意接種費用助成事業に係る証明書発行のお願い

当市では標記助成事業を行っております。申請の際に、予防接種を行ったことが確認できる書類が必要となりますので、申請者から依頼があった際には、下記記入例を参考に証明書の発行をお願いいたします。

なお、証明書の発行に費用が発生する場合には、本人負担となります。

岩手県八幡平市健康福祉課健康推進係

住所: 〒028-7397 岩手県八幡平市野駄21-170 電話: 0195-74-2111

様式第2号 (第4条関係)

記入例

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

医療機関が記入

年 月 日

八幡平市長 様

申請者が記入

被接種者情報 (申請者が記入)

住 所 八幡平市野駄〇〇-△△

氏 名 八幡平 花恵

生年月日 H. 14年4月4日

医療機関が記入

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