

様式第2号（第6条関係）

北杜市HPV感染症に係る任意接種費助成金交付申請用証明書

令和 年 月 日

北杜市長 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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組み換え沈降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ミリリットル
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ミリリットル
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ミリリットル
	年 月 日		

実施場所

医療機関コード

医師名

医師署名又は記名押印