

様式第2号（第4条関係）

岡谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種助成申請用証明書

令和 年 月 日

岡谷市長 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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン		
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン		
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	1回目接種年月日	年	月 日
	2回目接種年月日	年	月 日
	3回目接種年月日	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：