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：