

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

八王子市長 殿

接種した方 フリガナ名
住所
電話番号

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書

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	接種量
	接種年月日		0.5mℓ
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mℓ
	年		
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日		0.5mℓ	
年			
月 日			

住所
実施医療機関 名称
医師名