

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種補助金申請用証明書

年 月 日

（宛先）山形市長

【申請者が記載】

（被接種者）

住 所：山形市

氏 名：

生年月日：平成 年 月 日

【医療機関記載】

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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			
医療機関の名称及び所在地			
医師名			