第2号様式(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助成金交付申請用証明書

年 月 日

富里市長

様

被接種者	フ	IJ	ガ	ナ						
	氏			名						
	生	年	月	日				年	月	日
	住			所						
ワクチンの種類			絎	□組換え沈降 2 価HPVワクチン						
ングノンの性類				類	□組換え沈降 4 価HPVワクチン					
1 回目						接種母	平月 日			ロット番号
						年	月	目		
2 回目					接種年月日					ロット番号
						年	月	日		
						接種母	F 月日			ロット番号
3 回目						年	月	日		

上記のとおり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。

> 接種医療機関名称 所在地 電話番号 医師氏名

> > (医師署名又は記名押印)