

様式第2号 (第6関係)

盛岡市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費助成事業申請用証明書

令和4年10月●日

盛岡市長 様

(被接種者情報) ※申請者が記入

住所: 盛岡市内丸●丁目●番●号

氏名: 予防 花子

生年月日: 平成9年12月31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	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン		
	<input checked="" 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
	令和3年10月10日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日	●●●●●	0.5mL
	令和3年11月15日		
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日	●●●●●	0.5mL	
令和4年3月30日			

実施場所: ●●クリニック

医療機関コード: ●●●●●●●●●●

医師名: 接種 進

医師署名又は記名押印: 接種 進 (印)