

第2号様式（第5条関係）

注意：令和4年4月1日時点で富士宮市に住民登録がない方は、本様式を使用することができません。

富士宮市HPVワクチン任意接種助成金の交付申請に係る証明書

年 月 日

富士宮市長 宛

コード：
名称：
医療機関
所在地：
医師： ㊟

次の者がHPVワクチンを接種したことを証明します。

被接種者	住所	〒	
	氏名		
	生年月日		
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマ様粒子ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマ様粒子ワクチン		
接種情報	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		