

様式第2号（第4条関係）

小諸市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

（宛先）小諸市長

（被接種者情報）※申請者が記入
住所：_____
氏名：_____
生年月日：_____

※以下は実施医療機関により記入

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。

1回目	接種年月日	ワクチンの種類	ロット番号	接種量
	年 月 日			0.5 mL
2回目	接種年月日	ワクチンの種類	ロット番号	接種量
	年 月 日			0.5 mL
3回目	接種年月日	ワクチンの種類	ロット番号	接種量
	年 月 日			0.5 mL

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：