様式第２号（第４条関係）

実施場所：

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払金交付申請用証明書

　年　　月　　日

稲　城　市　長　殿



―――――――――――（以下、医療機関が記入）―――――――――――

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。



証明者

　　医療機関名：

医師署名又は記名押印：