様式第２号（第４条関係）

上尾市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種償還払い申請用証明書

令和 　年 　月 　日

（宛先）上尾市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

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。

医療機関所在地：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：