

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン接種証明書

年 月 日

米原市長様

(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。

ワクチン の 種 類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン		
	<input 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		
	年		mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		mL	
月 日			

接種実施場所

医療機関コード :

医 療 機 関 名 :

医 師 名 :

㊞