

HPVワクチン任意接種証明書

筑西市長 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			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン			
予防接種の内容	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			

※ 実施した回数分のみ記載してください。

※ ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨を明記してください。

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医療機関コード：

医師名：

（署名又は記名押印）