

様式第2（第4条関係）

東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種証明書

年 月 日

東 浦 町 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。

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		0.5mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5mL	
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：