

様式第 2 号

HPVワクチン任意接種済証明書

予 防 接 種 を 受けた者の氏名		
予防接種を受け た者の生年月日	年 月 日	
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 2 価 (サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4 価 (ガーダシル)	
予 防 接 種 を 受けた年月日等 (申請分のみ記載)	1 回 目	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	接 種 量	0.5ml
	領 収 金 額	円
	2 回 目	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	接 種 量	0.5ml
	領 収 金 額	円
	3 回 目	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
接 種 量	0.5ml	
領 収 金 額	円	
接種医療機関	名 称	
	住 所	
	電 話 番 号	
<p>摂津市長 様</p> <p>上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン (HPVワクチン) を接種したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医師の署名又は記名押印 _____</p>		