

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種証明書

年 月 日

（宛先）甲州市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

上記の者が次のとおり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		0.5 mL
	年		
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5 mL	
年			
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名または記名押印：