

様式

HPVワクチンの任意接種に関する証明書

令和 年 月 日

(宛先) 室蘭市長

被接種者（被接種者本人が記入してください。）

氏 名

住 所

上記の者が、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの任意接種を受けたことを証明します。

※医療機関で記入してください。

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			
任意接種の情報	1回目	接種年月日	ロット番号	接種量
				0.5ml
	2回目	接種年月日	ロット番号	接種量
				0.5ml
	3回目	接種年月日	ロット番号	接種量
				0.5ml
実施場所の情報	実施した場所 (医療機関)			
	医療機関コード			
	実施した医師名			
	医師署名又は記 名押印			