

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任意接種証明書

（あて先）登米市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者について、下記のとおり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ていることを証明します。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組替え沈降2価HPVワクチン		
	<input type="checkbox"/> 組替え沈降4価HPVワクチン		
接種回数	接種年月日	ロット番号	接種量
1回目	年 月 日		0.5mL
2回目	年 月 日		0.5mL
3回目	年 月 日		0.5mL

令和 年 月 日

実施場所：

（医療機関名）

接種医師名：

（署名又は記名押印）