ヒトパピローマウイルスワクチン接種証明書

年　　月　　日

（接種者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【医療機関記入欄】

<table>
<tr><td rowspan="2">ワクチンの
種　類</td><td colspan="3">☐　組換え沈降 2 価 HPV ワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐　組換え沈降 4 価 HPV ワクチン</td></tr>
<tr><td rowspan="9">予防接種
の記録</td><td colspan="3">1　回　目</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>0.5mL</td></tr>
<tr><td colspan="3">2　回　目</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>0.5mL</td></tr>
<tr><td colspan="3">3　回　目</td></tr>
<tr><td>接種年月日</td><td>ロット番号</td><td>接種量</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td>0.5mL</td></tr>
</table>

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。

医療機関名

医師名

医師署名又は記名押印