

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) 狭山市長

(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。

1回目			
接種年月日	ワクチンの種類	ロット番号	接種量
年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価 (サバリック) <input type="checkbox"/> 4価 (ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価 (シルガード9)		ml
2回目			
接種年月日	ワクチンの種類	ロット番号	接種量
年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価 (サバリック) <input type="checkbox"/> 4価 (ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価 (シルガード9)		ml
3回目			
接種年月日	ワクチンの種類	ロット番号	接種量
年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価 (サバリック) <input type="checkbox"/> 4価 (ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価 (シルガード9)		ml

接種場所:

医師名: