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	□２価（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ） □４価（ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ） □９価（ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ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	□２価（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ） □４価（ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ） □９価（ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ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	□２価（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ） □４価（ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ） □９価（ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ９）		ml

接種場所：

医師名：