

様式第2号（第6条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種に係る証明書

年 月 日

久喜市長

あて

（被接種者情報）

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。

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				
接種内容	回数	接 種 日	ロット番号	接種量	領収額
	1回目	年 月 日		0.5mL	円
	2回目	年 月 日		0.5mL	円
	3回目	年 月 日		0.5mL	円

【実施医療機関】

所在地

医療機関名

医師署名又は記名押印