

犬山市HPVワクチン任意接種証明書

年 月 日

犬山市長 様

実施場所：

医療機関コード：

（署名又は記名押印）

医師名：

下記のとおり、HPVワクチン（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。

記

| | | | | | |
|-----------------------|--|-------|-------|-------|-------|
| 接種を受けた人 | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | | | | |
| | 現在の住所 | | | | |
| ワクチンの種類 （該当ワクチンに☑） | <input type="checkbox"/> 2価HPVワクチン（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 4価HPVワクチン（ガーダシル） | | | | |
| 任意接種を受けた状況 | 接種回数 | 接種年月日 | ロット番号 | 接種量 | ※接種料金 |
| | 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 |

※「接種料金」は、医療機関において確認できる場合は記入してください。