様式第２号（第５条関係）

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種証明書

年　　月　　日

（宛先）

大津市長

【申請者記入欄】

被接種者	住　　所	〒
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日

【医療機関記入欄】

ワクチンの種類	□　組換え沈降２価ＨＰＶワクチン（サーバリックス）	
	□　組換え沈降４価ＨＰＶワクチン（ガーダシル）	
予防接種を受けた年　月　日　等（申請分のみ記載）	１回目	
	接種年月日	年　　月　　日
	ロット番号	
	接　種　量	0.5㎖
	２回目	
	接種年月日	年　　月　　日
	ロット番号	
	接　種　量	0.5㎖
	３回目	
	接種年月日	年　　月　　日
	ロット番号	
	接　種　量	0.5㎖

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ＨＰＶワクチン）を接種したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関の所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師署名又は記名押印：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿