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： | | |