ヒトパピローマウイルス感染症に係る接種証明書

＜申請者記入欄＞

被接種者情報

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

＜医療機関記入欄＞

<table>
<tr><td rowspan="2">ワクチンの種類</td><td colspan="3">□組換え沈降２価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="3">□組換え沈降４価ＨＰＶワクチン</td></tr>
<tr><td rowspan="4">予防接種を受けた年月日</td><td></td><td>接種年月日</td><td>費用</td></tr>
<tr><td>１回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td></tr>
<tr><td>２回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td></tr>
<tr><td>３回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td></tr>
</table>

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。

令和　　年　　月　　日

実施医療機関所在地：

実施医療機関名：

代表者署名又は記名押印：