様式第２号（第４条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種証明書

苫小牧市長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者情報（申請者が記入） | |
| 現住所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |

**---------------------------（以下、接種医療機関が記入）---------------------------**

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種したワクチンの種類 | □ 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） | | |
| 接種記録 | **１回目** | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ml |
| 年  月　　日 |
| **２回目** | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ml |
| 年  月　　日 |
| **３回目** | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５ml |
| 年  月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 接種医療機関名称　　： |  |
| 接種医療機関所在地　： |  |
| 医師署名又は記名押印： |  |

（作成日）令和　　年　　月　　日