様式第２号（第４条関係）

入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種証明書

年　　月　　日

　（宛先）入間市長

医療機関所在地

医療機関名称

電話番号

　次のとおり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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 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） | | |
| 接種の記録 | 回数 | 接種年月日 | | ロット番号 | | | 接種量 | 金額 |
| 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 |
| 実施場所 | |  | | | | | | |

※　被接種者氏名、生年月日、住所、電話番号欄は、申請者が記入してください。