

様式第2（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

安 城 市 長

被 接 種 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日
上記のとおり被接種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				
年 月 日				
【接種実施医療機関】				
住所： _____				
医療機関名： _____				
医師名： _____				
電話番号： _____				