

年 月 日

多摩市長 殿

（被接種者情報）※ 申請者が記入

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

多摩市子宮頸がんワクチン任意接種証明書

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種を受けたことを証明します。

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		
接種日等の内訳	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		

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名（署名又は記名押印） _____