

四国中央市長 様

申請者が記入してください

接種した医療機関で記入してもらって提出してください。

(任意接種を受けた者)

住所 愛媛県四国中央市三島宮川4丁目6番55号

氏名 四国 花子

生年月日 平成9年10月29日

上記の者がHPVワクチンを接種し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			
予防接種を受けた年月日等	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日		0.5ml	円
	年 月 日			

実施場所 医療法人〇〇会 〇〇クリニック

医療機関コード 38〇〇〇〇〇〇〇〇

医師名 〇〇 〇〇

(署名又は記名押印)