

様式第2号（第3条関係）

### HPV ワクチン任意接種済証明書

予防接種を受けた者の氏名		
予防接種を受けた者の生年月日		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 2価（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 4価（ガーダシル）	
予防接種を受けた年月日など (申請分のみを記載)	1回目	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	領収金額	円
	2回目	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	領収金額	円
	3回目	
	接種年月日	年 月 日
	ロット番号	
	領収金額	円
接種医療機関	名 称	
	住 所	
	電話番号	
坂町長 様		
上記の者が HPV ワクチンを接種したことを証明します。		
年 月 日		
医師の署名又は記名押印 _____		

