

様式第2号（第5条関係）

刈谷市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種証明書

被 接 種 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
H P V ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン
接 種 年 月 日		年 月 日
予 防 接 種 の 区 分		<input type="checkbox"/> 定期接種 <input type="checkbox"/> 任意接種
接 種 年 月 日		年 月 日
予 防 接 種 の 区 分		<input type="checkbox"/> 定期接種 <input type="checkbox"/> 任意接種
接 種 年 月 日		年 月 日
予 防 接 種 の 区 分		<input type="checkbox"/> 定期接種 <input type="checkbox"/> 任意接種
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の接種を受けたことを証明します。 年 月 日 医療機関 名 称..... 所 在 地..... 医 師 名.....		