様式第2号（第5関係）

年 月 日

（あて先）茨木市長

住 所：

氏 名：

生年月日：

上記の者が、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。

ワクチンの種類	☐ 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（サーバリックス）		
	☐ 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（ガーダシル）		
予防接種を受けた年月日	【1回目】	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m l
	年 月 日		
	【2回目】	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m l
	年 月 日		
	【3回目】	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m l
	年 月 日		

所 在 地：

医療機関名：

代 表 者：

印