

HPVワクチン任意接種履歴書

（申請者記入欄）

被接種者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

-----以下の欄は、医療機関において記入してください。-----

上記の者のヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの接種履歴は、以下のとおりです。			
	接種年月日	種類	ロット番号
1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価(シルガード9)	
2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価(シルガード9)	
3回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価(シルガード9)	

接種医療機関	記入日	年 月 日
	所在地	
	名称	
	電話番号	
	医師名	

備考 医療機関でHPVワクチン任意接種履歴書を発行すると、文書料等（発行に係る費用）がかかります。