

様式第3号 (第4条関係)

柏原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種に関する申立書

年 月 日

柏原市長 様

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

私は、次のとおり、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申立てます。

| | | |
|--|---|-------|
| 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 | |
| | <input type="checkbox"/> 不 明 | |
| 接種年月日 | 1回目 | 年 月 日 |
| | 2回目 | 年 月 日 |
| | 3回目 | 年 月 日 |
| 接種医療機関 | 名称 | |
| | 住所 | |
| | TEL | |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称、住所、TELを記載してください。 | | |