

(富士市予防接種)

ヒトパピローマウイルス

HPVワクチン接種済証

(Human Papilloma)

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

	接種年月日 Y/M/D	メーカー /ロット Manufacturer /Lot. No	接種者署名 Physician	備考
1				
2				
3				

予防接種済証は大切に保管してください