

(鴻巣市予防接種)

ヒトパピローマウイルス

H P V ワクチン接種済証

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