

男性ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症ワクチン接種済記録票

この記録票は、貴方様の今回の接種内容を記載したものにになりますので、大切に保管してください。

また、接種してもらう医療機関へ必ずご提出ください。

ふりがな		生年月日
受ける人の氏名		平成 年 月 日生 (満 歳 か月)

	使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
1回目	ワクチン名: Lot No.:	筋肉内接種 0.5ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: 令和 年 月 日
2回目	ワクチン名: Lot No.:	筋肉内接種 0.5ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: 令和 年 月 日
3回目	ワクチン名: Lot No.:	筋肉内接種 0.5ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: 令和 年 月 日

男性ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症ワクチン接種済記録票

この記録表は、貴方様の今回の接種内容を記載したものにになりますので、大切に保管してください。

また、接種してもらう医療機関へ必ずご提出ください。

ふりがな		生年月日
受ける人の氏名		平成 年 月 日生 (満 歳 か月)

	使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
1回目	ワクチン名: Lot No.:	筋肉内接種 0.5ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: 令和 年 月 日
2回目	ワクチン名: Lot No.:	筋肉内接種 0.5ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: 令和 年 月 日
3回目	ワクチン名: Lot No.:	筋肉内接種 0.5ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: 令和 年 月 日