

## 予防接種の記録

(自署)

住 所	浦安市
氏 名	
生年月日	年 月 日 生

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名 /ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papiloma (2価・4価・9価)	1回			
	2回			
	3回			

母子手帳を紛失の際にお使いいただく用紙です。

接種の際は必ずお持ちください。

また、接種後も大切に保管してください。