

## HPVワクチン(子宮頸がん予防) 1回目 予防接種券(キャッチアップ接種)

- この接種券は、HPVワクチン「1回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方は、接種前に、下記の太枠内をボールペン等消えないペンで正しく記入し、右の接種済証とともに(切り取らずに)、予防接種契約医療機関に提出してください。
- 予防接種券は接種日現在、神戸市に住民登録がなければ使用できません。また、定期接種の規定通りの接種間隔や接種期間に接種できなかった場合は使用できません。場合によっては、接種料金を返還していただくことがありますのでご注意ください。

接種ワクチン	ガーダシル ・ サーバリックス			
住民登録の住所	区 町・通 丁目 番 号			
ふりがな	<b>見本</b>			
本人氏名				
生年月日	平成	令和	医療機関	医療機関コード
	接種日現在 ( 歳 か月)	ワクチンシール貼付	接種医	

き り と り 線

## HPVワクチン(子宮頸がん予防) 2回目 予防接種券(キャッチアップ接種)

- この接種券は、HPVワクチン「2回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方は、接種前に、下記の太枠内をボールペン等消えないペンで正しく記入し、右の接種済証とともに(切り取らずに)、予防接種契約医療機関に提出してください。
- 予防接種券は接種日現在、神戸市に住民登録がなければ使用できません。また、定期接種の規定通りの接種間隔や接種期間に接種できなかった場合は使用できません。場合によっては、接種料金を返還していただくことがありますのでご注意ください。

接種ワクチン	ガーダシル ・ サーバリックス	過去の接種日	1回目		
住民登録の住所	区 町・通 丁目 番 号				
ふりがな	<b>見本</b>				
本人氏名					電話番号
生年月日	平成	令和	医療機関	医療機関コード	
	接種日現在 ( 歳 か月)	ワクチンシール貼付	接種医		

き り と り 線

## HPVワクチン(子宮頸がん予防) 3回目 予防接種券(キャッチアップ接種)

- この接種券は、HPVワクチン「3回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方は、接種前に、下記の太枠内をボールペン等消えないペンで正しく記入し、右の接種済証とともに(切り取らずに)、予防接種契約医療機関に提出してください。
- 予防接種券は接種日現在、神戸市に住民登録がなければ使用できません。また、定期接種の規定通りの接種間隔や接種期間に接種できなかった場合は使用できません。場合によっては、接種料金を返還していただくことがありますのでご注意ください。

接種ワクチン	ガーダシル ・ サーバリックス	過去の接種日	1回目	2回目		
住民登録の住所	区 町・通 丁目 番 号					
ふりがな	<b>見本</b>					
本人氏名					電話番号	-
生年月日	平成	令和	医療機関	医療機関コード		
	接種日現在 ( 歳 か月)	ワクチンシール貼付	接種医			

## HPVワクチン1回目

### 接種済証(被接種者控え)

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

本人氏名	
住民登録の住所	
ワクチンの種類	ガーダシル ・ サーバリックス
医療機関名	
医師名	印

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。母子健康手帳等とともに大切に保管してください。

## HPVワクチン2回目

### 接種済証(被接種者控え)

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

本人氏名	
住民登録の住所	
ワクチンの種類	ガーダシル ・ サーバリックス
医療機関名	
医師名	印

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。母子健康手帳等とともに大切に保管してください。

## HPVワクチン3回目

### 接種済証(被接種者控え)

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

本人氏名	
住民登録の住所	
ワクチンの種類	ガーダシル ・ サーバリックス
医療機関名	
医師名	印

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。母子健康手帳等とともに大切に保管してください。