附件1：

适龄女生HPV疫苗受种对象名册

学校名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 地区 | 学生姓名 | 出生  日期 | 身份证号码 | 在读学校 | 班级 | 监护人姓名 | 监护人电话 | 既往HPV疫苗接种情况 | 是否愿意接种 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

学校负责人： 联系人： 联系人电话： 填表日期： 年 月 日