

第2号様式

特定任意接種者子宮頸がん予防ワクチン^{けい}予防接種医療機関証明書

年 月 日

(あて先) 成田市長

医療機関
所在地
名称
主治医の氏名
電話番号

次のとおり予防接種を行ったことを証明します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
予防接種を受けた年月日	1回目		製造番号	
	接種年月日			
	年 月 日			
	2回目		製造番号	
	接種年月日			
	年 月 日			
	3回目		製造番号	
	接種年月日			
年 月 日				