

※任意接種分のみ記載をお願いいたします。

子宮頸がん予防ワクチン接種支払証明書			
接種を受けた者の氏名			
任意接種実施年月日	受領年月日	受領金額	
1回目	年 月 日	年 月 日	円
2回目	年 月 日	年 月 日	円
3回目	年 月 日	年 月 日	円
上記のとおり証明します。			
令和 年 月 日			
医療機関名等		所在地 名称 代表者名	印

- この証明書は、領収書を紛失した場合にご使用ください
- 予防接種を受けた医療機関で証明を受けてください。