

Medical certificate (診断書)

Date of issue: (発行年月日) 20 年 月 日

Patient name (患者氏名)	
Sex (性別)	
Address (住所)	
Phone (電話)	
Email (Eメール)	
Birthday (生年月日)	
Passport (パスポート番号)	

この診断書は、次のことを証明します。

上記の患者は、ポリエチレングリコール (PEG)、他のワクチンアジュバント、およびワクチン誘発性アナフィラキシーを含む重度のアレルギー反応の病歴があるため、子宮頸がんワクチン接種を公式に免除されています。

medical institution (発行医療機関)

Address (住所)

Telephone number (電話番号)

Fax number (FAX 番号)

Email address (Eメール)

Doctor in charge (担当医師名)

Signature (医師署名または捺印)