

予防接種証明書

医療創生大学 学籍番号 _____

氏 名 _____

※ 学生は、接種後 1週間以内に教務学生課へこの用紙を提出すること

.....以下、医療機関記入欄（本人記入無効）.....

インフルエンザワクチン
<input type="checkbox"/> 予防接種実施日
_____年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

医療機関名：

所在地・電話：

医師名： _____ (印)