

予防接種証明書

医療創生大学 学籍番号 _____

氏 名 _____

※ 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）.....

ワクチンの種類 … いずれかに○をお願いします

MR（麻疹風疹混合ワクチン） ・ 麻疹 ・ 風疹

水痘 ・ ムンプス

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：

