

# ワクチン接種実施証明書

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

学生番号： \_\_\_\_\_

## 1. 麻疹

- ( ) 麻疹ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。  
( ) MR ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。  
( ) 問診等の結果 ( \_\_\_\_\_ ) と判明したため予防接種は実施せず。

## 2. 風疹

- ( ) 風疹ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。  
( ) MR ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。  
( ) 問診等の結果 ( \_\_\_\_\_ ) と判明したため予防接種は実施せず。

## 3. 水痘

- ( ) 水痘ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。  
( ) 問診等の結果 ( \_\_\_\_\_ ) と判明したため予防接種は実施せず。

## 4. 流行性耳下腺炎

- ( ) 流行性耳下腺炎ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。  
( ) 問診等の結果 ( \_\_\_\_\_ ) と判明したため予防接種は実施せず。

## 5. B型肝炎

- ( ) B型肝炎ワクチンを平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に接種した。(接種回数 \_\_\_\_\_ 回目)  
( ) 問診等の結果 ( \_\_\_\_\_ ) と判明したため予防接種は実施せず。

上記の通り証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病・医院名

医師名

印