

ワクチン接種実施証明書

令和2年度入学 医学部 学科

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

学生番号： _____

1. 麻疹

- () 麻疹ワクチンを令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に接種した。
() MR ワクチンを令和 _____ 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

- () 風疹ワクチンを令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に接種した。
() MR ワクチンを令和 _____ 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

- () 水痘ワクチンを令和 _____ 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令和 _____ 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型肝炎ワクチンを令和 _____ 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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病・医院名

医師名

印