令和５年度　医学部・医学系研究科

ワクチン接種実施証明書

※太枠内は自署

年度入学	医学部　□医学科　□保健学科看護学専攻　□保健学科検査技術科学専攻 大学院医学系研究科　□臨床心理学専攻（修士課程）			
氏名　　男・女		学生番号		生年月日 年　月　日

ロット番号シールは各項の　　の中に貼付し、日付を記載してください
※紛失した場合は、医師の判断のもと日付のみ記載してください

1．麻疹

（　　）麻疹ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）MR ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）問診の結果（　　）と
判明したため予防接種は実施せず

年　月　日
年　月　日

2．風疹

（　　）風疹ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）MR ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）問診の結果（　　）と
判明したため予防接種は実施せず

年　月　日
年　月　日

3．水痘

（　　）水痘ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）問診の結果（　　）と
判明したため予防接種は実施せず

年　月　日
年　月　日

4．流行性耳下腺炎（ムンプス）

（　　）流行性耳下腺炎ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）問診の結果（　　）と
判明したため予防接種は実施せず

年　月　日
年　月　日

5．B 型肝炎

（　　）B 型肝炎ワクチンを接種した（接種回数＿＿＿回）
（　　）問診の結果（　　）と
判明したため予防接種は実施せず

年　月　日
年　月　日
年　月　日

上記の通り証明する

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印

※複数ワクチン接種される方、複数の医療機関で接種される方は結果（接種歴）が必要になる場合があります。学生は原本保管し、大学には控え（コピー）を提出してください