

ご担当医様

予防接種証明書記入のお願い

ご多忙のところお手数ですが、下記証明書にご記入下さいますようお願い致します。

予 防 接 種 証 明 書

学籍番号: _____ 氏名: _____ (本人記入)

上記の者に、下記の予防接種を行ったことを証明します。

予防接種の種類（該当欄にレ点をつけて下さい。）

ワクチンの種類	メーカー/ロット番号	備 考
<input type="checkbox"/> インフルエンザ		
<input type="checkbox"/> 麻 疹		
<input type="checkbox"/> 風 疹		
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎		
<input type="checkbox"/> 水 痘		
<input type="checkbox"/> A型肝炎		
<input type="checkbox"/> B型肝炎		
<input type="checkbox"/> 日本脳炎		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

*予防接種を受けられない事由がある場合は、備考欄に記載して下さい。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電 話 _____

医 師 名 _____ 印

本書式で証明書を発行出来ない場合は、貴院の書式で発行下さるようお願い致します。