



ワクチン接種証明書

本人記載

学部・学科専攻 医・歯・薬・保(看護・理学・作業)		学籍番号	出席番号
氏名	性別 男・女	生年月日 西暦	年 月 日

以下、医療機関記載

ワクチンの種類 ※○をつけてください	接種日	ロット番号シール	記載日・医療機関名・医師名
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 ムンプス	西暦		西暦 印

【記載に関する問い合わせ】昭和医科大学保健管理センター 03-3784-8071
平日8:40~17:00

※学校へは必ずコピーを提出すること！！原本は本人保管です。