



麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(ムンプス) 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)			
氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 西暦	年 月 日
入学年度 西暦	年	学籍番号	出席番号

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 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 
麻疹・風疹混合 麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 

【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。