

【健康診断結果受取後、該当者のみ提出】



昭和医科大学

麻疹・風疹・水痘・ムンプス ワクチン接種証明書

本人記載

昭和医科大学附属看護専門学校	学籍番号	クラス	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 流行性耳下腺炎 (ムンプス)	西暦		西暦 ⑩
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 ⑩
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 ⑩
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 ⑩
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 ⑩
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 ⑩
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 ⑩
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 ⑩

※看護専門学校には必ずコピーを提出すること！！原本は本人保管です。