

予防接種証明書記入のお願い

ご担当医 様

ご多忙のところお手数ですが、以下証明書の記入をいただきますよう、お願い申し上げます。

専門学校高崎福祉医療カレッジ
学校長 佐藤 律夫

予 防 接 種 証 明 書

※学籍番号： _____

※氏 名： _____

※本人記入とする。入学前で学籍番号未発行の場合、受験番号を記入。

記

ワクチンの種類 (☑をつける)	回数	接種日	メーカー/ロット (Maunfac-turer/Lot. No.)	備考
<input type="checkbox"/> 麻 疹	回目			
<input type="checkbox"/> 風 疹	回目			
<input type="checkbox"/> 水 痘	回目			
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	回目			
<input type="checkbox"/> B型肝炎	回目			
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				

以上

上記の通り、予防接種を行ったことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名



※ 必ず本様式である必要はありません。

※ 複数枚必要となる場合、コピーいただくか、学校HPよりダウンロードいただけます。