

予防接種済証明書

学籍番号 _____

氏名 _____

ワクチン名	接種年月日	Lot No.(シール貼付)	医療機関名
MR・麻疹・風疹 ※該当に○をつけて ください			
水痘			
流行性耳下腺炎			

接種後は速やかにコピーを保健室に退出してください。

日本福祉大学保健室