

〈予防接種証明書〉

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

ワクチン	接種日		ロット番号	医療機関名
B型肝炎	1回目			
	2回目			
	3回目			
MR・麻疹・風疹 ※該当に○を付けて ください	1回目			
	2回目			
水痘	1回目			
	2回目			
流行性耳下腺炎	1回目			
	2回目			

接種後は速やかにコピーを保健室に提出してください