ご担当医　様

専門学校高崎福祉医療カレッジ
学校長　　佐藤　律夫

予防接種証明書記入のお願い

ご多忙のところお手数ですが、下記証明書にご記入くださいますようよろしくお願いいたします。

---

# 予防接種証明書

学籍番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊本人記入

上記の者に、下記の予防接種を行ったことを証明します。

| ワクチンの種類 | メーカー／ロット<br>(Maunfac-turer/Lot.No.) | 備考 |
|---|---|---|
| □　インフルエンザ | | |

＊ 該当欄にレ点を付け、メーカー／ロットの記入（添付）をしてください
＊ 予防接種を受けられない事由がある場合は、備考欄に記載してください

年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＊この書式で証明書を発行できない場合は、貴院の書式で交付くださるようお願いします。