

麻疹予防接種証明書

大妻女子大学

学籍番号 _____

氏 名 _____

予防接種 (麻疹ワクチン / MRワクチン)
予防接種実施日 年 月 日

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地・電話

医師名 _____ 印