

麻 し ん 予 防 接 種 証 明 書

大妻女子大学

学籍番号 _____

氏 名 _____

予防接種
(麻しんワクチン / 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