

麻しん予防接種証明書

大妻女子大学

学籍番号 _____

氏 名 _____

1回目	接種年月日	西暦	年	月	日	ワクチンの種類 (麻しん / MR)
2回目	接種年月日	西暦	年	月	日	ワクチンの種類 (麻しん / MR)

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)