

予防接種証明書

氏名		生年月日	
学籍番号		住所	

上記の者に_____の予防接種を行ったことを証明します。

予防接種日：____年__月__日

医療機関：_____

医師：_____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して下さるようお願いいたします。