

ご担当医 様

深谷大里看護専門学校  
学校長 大坪 公子

### 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 (Maunfac-turer/Lot. No.)	備考
<input type="checkbox"/> 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いたします。