## 予防接種済証明書

## 帝京山梨看護専門学校 殿

## 学籍番号()

※入学前は番号の記載不要

被接種者氏名 山梨 看子

## 生年月日(西暦) 20YY年 MM月 DD日生

予防接種 種類	接種年月日(西暦)	接種回数	ロット番号/メーカー名	接種者署名(医療機関名)
麻疹	2025年12月8日	2 回目	0000	△△△△△クリニック ○○ ○○ 印
	年 月 日	回目		
風疹	2025年12月8日	2 回目	○○○○	△△△△△クリニック ○○ ○○ 印
	年 月 日	回目	COMIRNATY コミナティ原立 関連番号:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
水痘	年 月 日	回目	■IONTECH <b>②</b> 呼吸 【武田/モデルナ社へ	のワクチンシール】(例)
	年 月 日	回目	飲田屋品工業株式合社 Lot.Xg1Yj2Zp3 ・ 特別年月日と中心の 大元コード LRLからフクチンの pp://take-are-COVID-19.jp	
流行性 耳下腺炎	2026年 2月 5日	1 回目		○○○○○ <b>医院</b> △△△ △△ 印
	年 月 日	回目		
B型肝炎	2026年 1月 18日	1 回目	xxxx	○○○○○ <b>医院</b> △△△ △△ 印
	2026年 2月 20日	2 回目	xxxxx	○○○○○ <b>医院</b> △△△ △△ 印
	年 月 日	回目		
B型肝炎 抗体検査	年 月 日	測定値(数値を記	込して下さい)	
	検査方法(〇をつけて下さい)			
	·EIA法 ·CLIA法 ·RIA法 ·CLEIA法	※判定基準 10mIU/ml以	Ŀ	