

ワクチン接種証明書

「受験番号」「職種」「氏名」を記入してください

受験番号:00000

職種:看護師

ふりがな: びょういん はなこ

氏名: 病院 花子

ワクチン接種	接種歴	接種日	ロット番号	製剤名
麻疹	あり・なし・不明	(昭・平・令) 25年 7月 11日	MMR●●	MMRワクチン
		(昭・平・令) 年 月 日		
風疹	あり・なし・不明	(昭・平・令) 年 月 日		
		(昭・平・令) 年 月 日		
水痘	あり・なし・不明	(昭・平・令) 年 月 日		
		(昭・平・令) 年 月 日		
ムンプス	あり・なし・不明	(昭・平・令) 年 月 日		
		(昭・平・令) 年 月 日		

ワクチンの種類ごとに「接種歴」「接種日」「ロット番号」「製剤名」を

※各ワクチンにおいて、接種歴ありの場合は、2枚目に接種記録が確認できる文書のコピーを貼付けて提出ください。

※ロット番号及び製剤名について、不明な場合は、空欄で提出ください。

「受験番号」「職種」「氏名」を記入してください

<記入例> <2枚目>

受験番号:00000

職種:看護師

ふりがな: びょういん はなこ

氏名: 病院 花子

○ワクチン接種記録が確認できる文書(旧勤務先・学校から発行される証明書、母子手帳、ワクチン接種の問診票等)のコピーの裏面に受験番号・氏名をご記入の上、下記に貼付けて提出ください。

予防接種の記録(2)

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹 (はしか) Measles ・ 風疹 Rubella	第1期			
	第2期			

日本脳炎 Japanese Encephalitis				
時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回			
	2回			
第1期 追加				

平
島
校
長

ワクチン接種記録が確認できる文書
のコピーの裏面に受験番号・氏名を

