

## ワクチン接種証明書

ふりがな:

受験番号:

職種:

氏名:

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 ) 年 月 日		
		( 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		

※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。

<2枚目>

受験番号:

職種:

ふりがな:

氏名:

○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。