

ワ ク チ ン 接 種 届

年 月 日

保 健 室 御 中

所 属.....

学籍番号.....

氏 名.....

電話番号.....

以下のワクチン接種を行ったことを届け出ます。

記

ワクチンの種類	接種日	病院名
(回目)		
(回目)		
(回目)		

※上記のワクチン接種に関する証明書の写しを（ワクチンの種類・接種日・病院名の入ったもの）を裏面に添付する。

ワクチン接種に関する証明書の写しをのり付けする。

確認

- ワクチンの種類・接種日・病院名があり、病院が発行したものを証明書とする。（母子手帳、予防接種手帳の写しでも可）
- 提出は写しとする。（原本は本人保管）
- 証明書の写しにも学籍番号と氏名を書く。