

市立室蘭看護専門学院 小児感染症ワクチン接種済確認証

学年 \_\_\_\_\_ 学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

ワクチン名	接種日	医療機関名（施設名）
<input type="checkbox"/> 麻疹（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 風疹（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 水痘（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（ 回目） ロット No	年 月 日	

実施した予防接種の□に✓を入れてください。

ワクチン名	接種日	医療機関名（施設名）
<input type="checkbox"/> 麻疹（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 風疹（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 水痘（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（ 回目） ロット No	年 月 日	

実施した予防接種の□に✓を入れてください。

ワクチン名	接種日	医療機関名（施設名）
<input type="checkbox"/> 麻疹（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 風疹（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 水痘（ 回目） ロット No <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（ 回目） ロット No	年 月 日	

実施した予防接種の□に✓を入れてください。

様式 25-2

市立室蘭看護専門学院 インフルエンザワクチン接種済確認証

学年 \_\_\_\_\_ 学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

接種日	年 月 日
ロット No	
医療機関名 (施設名)	

様式 25-3

市立室蘭看護専門学院 B型肝炎ワクチン接種済確認証

学年 \_\_\_\_\_ 学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

1回目	接種日	医療機関名（施設名）
ロット No	年 月 日	

2回目	接種日	医療機関名（施設名）
ロット No	年 月 日	

3回目	接種日	医療機関名（施設名）
ロット No	年 月 日	

抗体検査結果	検査日	医療機関名（施設名）
抗体価： 検査法：	年 月 日	