

はしか(麻疹)に関する予防接種証明

学籍番号(大学記入欄)		
ふりがな		
氏名		

↓該当するものに○を付けて、対応した記録・証明をご提出ください。

①	母子手帳に予防接種の記録が2回分ある方 2回分の接種記録のコピーを下の枠内に貼って提出。(MRと表記される場合もあります)
②	それ以外の方 早急に予防接種を1回受けて、接種記録のコピーを下の枠内に貼って提出。 一度予防接種をしたことがある方は、1回目の記録も一緒に貼り付けてください。
③	体質等の理由から、予防接種を希望しない・受けられない理由がある方 抗体検査を行っていただき、医師にその結果を記載してもらってください。

※提出が遅れる場合・不明点がある場合は、裏面の手順をご確認ください。

【 接種記録貼り付け欄 】

※3の方は、下記を医師に記入してもらってください。

＜抗体検査結果＞ ※医師が記入してください。	
検査日	西暦 年 月 日
抗体価	*IgG-EIA 法 16.0 以上陽性
メーカー ロットNO.	
備考	

上記のとおり証明いたします。 証 明 日：西暦 年 月 日

医療機関名： _____

医 師 名： _____ (印)

◆貼り付けする“ワクチン接種証明”の一例（2回分）

麻しん（はしか） Measles	△△.□.×	例：北里 M19-9	〇〇小児科

その他の予防接種

MR	△△.□.×	MR ビケンMR245 Exp. 20△△年□月×日	〇〇クリニック
----	--------	-------------------------------	---------

123456789	
種類	麻しん （はしか）
接種量	※ 05.ml ※予診のみ
ワクチン 麻疹 メーカー AIK-C株 Lot No. M19-4	
接種	20△△年□月×日
接種 医師	※所在地 〇〇区 ※氏名 目白 花子

〇〇区	
種類	MR3期 （麻しん・風しん混合）
接種量	※ 05.ml ※予診のみ
ワクチンメーカー MRビケンMR113 Lot No. Exp 20△△年□月×日	
接種	20△△年□月×日
接種 医師	※所在地 〇〇区 ※氏名 目白 花子

◆問い合わせ先

目白大学 教務課 科目等履修生担当 TEL:03-5996-3159