

麻疹ワクチン接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生に麻疹ワクチンを接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	

風疹ワクチン接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生に風疹ワクチンを接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	

麻疹・風疹混合ワクチン接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生に麻疹・風疹混合ワクチンを接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	

水痘ワクチン接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生に水痘ワクチンを接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	

流行性耳下腺炎（ムンプス）ワクチン接種確認書

学籍番号	
氏名	

（学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと）

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 （名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室）

医師記入欄	
上記の学生に流行性耳下腺炎ワクチンを接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
（自筆署名をお願いします）	

B型肝炎ワクチン1回目接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生にB型肝炎ワクチン1回目を接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	

B型肝炎ワクチン2回目接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生にB型肝炎ワクチン2回目を接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	

B型肝炎ワクチン3回目接種確認書

学籍番号	
氏名	

(学籍番号、氏名は学生自身があらかじめ記入しておくこと)

本学では、学内や実習先での感染症予防のため、抗体検査を行い必要な学生に予防接種を受けるよう勧めております。予防接種を受けたことを確認するため、下記にご署名をお願いいたします。お手数をおかけしますが、よろしくをお願いいたします。 (名寄市立大学保健福祉センター・健康サポート室)

医師記入欄	
上記の学生にB型肝炎ワクチン3回目を接種しました。	
接種年月日	_____年 _____月 _____日
医療機関名	_____
担当医師名	_____
(自筆署名をお願いします)	