【提出先】 所属キャンパス保健室 【提出期間】入学式~4/17(金)16:30

## 予防接種証明書

学生番号			学科					
氏名			生年月日		年	月	日	歳
接種日								
種類								
LOT No (シール)	) <b>.</b> )							

以上のとおり接種したことを証明します。

日付	
医療機関住所	
医療機関名称	
電話番号	
医師氏名	

担当医 御机下

本学学生の予防接種にあたり、上記「予防接種証明書」にご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

貴院の様式がございましたら、そちらをご利用いただいても問題ございません。 ご作成に際し、ご不明な点等ございましたら、お知らせいただけますと幸いです。

> 【問合せ先】武蔵野美術大学 保健室 鷹の台キャンパス TEL 042-342-6029 市ヶ谷キャンパス TEL 03-5225-6220