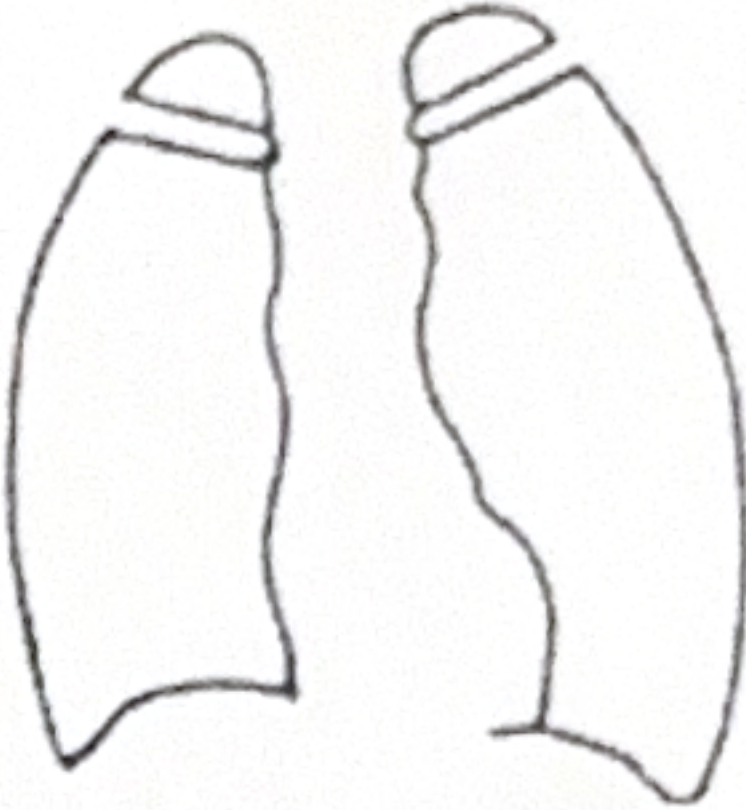


ワクチン接種証明書・胸部X線検査証明書

学生氏名			
ワクチン接種日	年	月	日
ワクチン薬剤名(種類) 製薬会社名・ロット番号 *薬剤シール(貼付可)			
胸部X線所見	区分： 直接 ・ 間接		
	撮影日： 年 月 日		
	結果：	エックス線所見 	
実施医療機関名 住所 医師氏名	印		
証明書発行日	年	月	日

*以下は学生記入

氏名(ふりがな)	()		
生年月日	年	月	日生
学部・学科名	学部	学科	
学年・学籍番号	年生	番	学籍番号
提出年月日	年	月	日

帝京大学 板橋キャンパス