

麻疹・風疹抗体価ならびに予防接種済み証明書（文教大学提出用）

学籍番号 _____

氏 名 _____

上記の者につき以下のことを証明する。（該当箇所にご記入ください）

1. 年 月 日に行った 麻疹・風疹 抗体価検査の結果は以下の通りである

・麻疹 _____ (EIA 法 IgG) ・風疹 _____ (EIA 法 IgG)

（ 抗体価が 8.0 未満の場合、ワクチンの追加接種が必要です ）

2. 年 月 日に

・麻疹ワクチン（メーカー _____ , Lot.No _____）
・風疹ワクチン（メーカー _____ , Lot.No _____）
・MR ワクチン（メーカー _____ , Lot.No _____）

を接種した。

年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

医師氏名 _____

Ⓜ