

インフルエンザ予防接種済証明書

学校名 都城工業高等専門学校

学年 年生

学科

学生氏名

インフルエンザ予防接種を受けたことを証明する。

ワクチン料金 円

令和 年 月 日

実施医療機関

医師氏名

印

* 医療機関が指定する証明書を使用しても差し支えありません。