

麻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 日に行った麻疹抗体価検査の結果は以下の通りである
（いずれか一つの検査法で実施）

- _____ (EIA 法 IgG)
- _____ (CF 法)
- _____ (HI 法)
- _____ (NT 法)

その他方法により測定 _____

2. 年 月 日に麻疹ワクチン（メーカー _____ , Lot.No _____）
MR ワクチン
を接種した。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

医師氏名 _____ ⑩