

ワクチン接種不適・不応証明書

* 学生（大学）記載

東京医療学院大学 保健医療学部	学年	
学科専攻	学籍番号	
学生名	フリガナ	

* 以下担当医記載

上記の者は、ワクチン接種において、不適・不応の事由があることを報告します。

事由	
----	--

年 月 日

医療機関・医師名