

ワクチン接種に関する承諾書

日本大学 薬学部長 殿

私は、麻疹・風疹・ムンプス・水痘等の感染症予防対策としてワクチン接種及び血液検査の実施について十分な説明を受け、納得しましたので承諾同意いたします。

令和 年 月 日

学生番号 : _____ *学生番号が不明な場合は空欄でご提出ください

氏 名 : _____ (自著)

- ◇各種ワクチン接種をする場合、医療機関で医師の診察を受け予防接種をしてください。
- ◇現在治療中（免疫抑制剤）や各種アレルギーでアナフィラキシー症状等を起こしたことがある学生は必ず、医師に相談をしてください。（予防接種を受けられない場合診断書を添付してください。）

《4月4日オリエンテーション時に提出》