様式４

**抗体調査・健康診断等証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 大学・学科名 |  |
| 実習生氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 実　習　校 | 鳥取市立 |

上記の者、入学前に、麻疹・風疹ワクチンを接種したことを証明します。また、健康診断の結果、健康であることを認めます。

令和　　年　　月　　日

　　大学名

大学長

鳥取市教育委員会

教　育　長　様