

## IMMUNIZATION RECORD (San Francisco State University)

### IDENTIFICATION

Student ID \_\_\_\_\_

LAST Name \_\_\_\_\_ FRIST Name \_\_\_\_\_

SEX Male \_\_\_ Female \_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_ Date \_\_\_ Month \_\_\_ Year

Home Address (Permanent) \_\_\_\_\_

---

### 必ず、接種が必要なもの (レ)

A. MMR (Measles はしか, Mumps おたふくかぜ, Rubella 風疹)  2 回

※生後 12 ヶ月以降に MMR を 2 回接種していること。あるいは、抗体検査の結果、抗体があることが確認された場合は、その旨を証明する書類 (英文) を病院で発行してもらい、それを提出することも可能です。

※罹患歴だけでは要件を満たすことができないため、抗体検査または接種のいずれかが必要です。

1. Month \_\_\_ Date \_\_\_ Year \_\_\_\_\_

2. Month \_\_\_ Date \_\_\_ Year \_\_\_\_\_

B. COVID-19 Vaccine Series and Booster  3 回

※すべての学生は、新型コロナウイルスワクチンを規定回数 (通常 2 回) 接種 + 追加接種をしている必要があります。

1. Month \_\_\_ Date \_\_\_ Year \_\_\_\_\_

2. Month \_\_\_ Date \_\_\_ Year \_\_\_\_\_

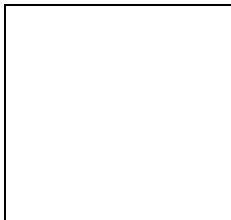
3. Month \_\_\_ Date \_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Physician's name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

---



病院印