

抗体価証明書

住所：			
氏名：		生年月日：	
性別：(男 ・ 女)		昭和 ・ 平成 年 月 日生	
検査項目	結果	検査実施日	予防接種歴
HBs 抗体	判定 () 数値 ()	年 月 日	1 回目： 2 回目： 3 回目： 追加接種：
麻疹 (IgG) 抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
水痘 (IgG) 抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
風疹 (IgG) 抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
ムンプス (IgG) 抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
備考：結果が (－)・(＋)の方は、予防接種をして下さい。			

* 「ワクチン接種をした場合」または「母子手帳のワクチン接種歴に記録がある場合」は「予防接種欄」にご記入ください。

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関の住所：

電話番号：

医療機関の名称：

医師の氏名

印