

感染症抗体申告書

研修名		研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日/週)
-----	--	------	----------------------

※見学の場合は、研修名欄に「見学」と記載してください。

フリガナ		性別	男 ・ 女	職 種：
氏 名		生年月日	昭和/平成 年 月 日 (歳)	所属団体：

	麻 疹	水 痘	風 疹	流行性耳下腺炎
抗体検査結果	+(陽性) ・ +- (偽陽性) ・ -(陰性) 実施日 年 月 日	+(陽性) ・ +- (偽陽性) ・ -(陰性) 実施日 年 月 日	+(陽性) ・ +- (偽陽性) ・ -(陰性) 実施日 年 月 日	+(陽性) ・ +- (偽陽性) ・ -(陰性) 実施日 年 月 日
ワクチン 接種歴	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日① 年 月 日 接種日② 年 月 日	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日① 年 月 日 接種日② 年 月 日	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日① 年 月 日 接種日② 年 月 日	未 ・ 1回 ・ 2回 接種日① 年 月 日 接種日② 年 月 日

B型肝炎 HBs抗体	+ ・ - ・ 不明	B型肝炎 ワクチン接種	接種日① 年 月 日 接種日② 年 月 日 接種日③ 年 月 日 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
---------------	------------	----------------	--

※ 対応 A 用