

## 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

## 感染症抗体申告書の提出について

平成 26 年 9 月 1 日

### 【 任意研修者・外来研究員・受託実習生 】

- 一、国立がん研究センター中央病院・東病院にて研修・研究を希望するもの(以下、研修者等)は、必ず感染症抗体申告書の該当部分をすべて記入し、検査結果コピーを添付して、募集期間内に教育連携係の担当へ提出(または送付)してください。記入のみで、検査結果コピーの添付のないものは認めておりません。募集期限ぎりぎりに提出され、不備が発覚した場合には研修できませんので、余裕をもって提出してください
- 一、研修者等の麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎の抗体検査結果が「陰性(-)」もしくは未記入で、且つワクチン接種歴がない場合には、研修前にワクチン接種を行ってください。抗体検査結果がない場合でもワクチン接種があれば研修は可能です。
- 一、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、鍼灸師、放射線技師、臨床試験コーディネーター(CRC)※の研修者等は、HBV 抗体の申告もしてください。また、抗体陰性の方には可能な限りワクチン接種を推奨します。  
※感染のリスクのない業務内容のもの(例;データマネージャーなど)を除く。

### 【 見学者 】

- 一、国立がん研究センター中央病院にて見学を希望するもの※1(以下、見学者)は、必ず感染症抗体申告書に記入し、総務部総務課総務係へ提出(または送付)してください。検査結果が「陰性(-)」もしくは未記入で、且つワクチン接種歴がない場合には、可能な限りワクチン接種を推奨します。

### 【 共通事項 】

- 一、上記内容について判断に迷う場合には、お申し出ください。
- 一、原則 17 時 15 分以降の書類提出は認めません。

※1 『見学申込書』にて申込みのもの

### 【問い合わせ先】

国立がん研究センター TEL 03—3542—2511

任意研修・外来研究員・受託実習生…人材育成センター教育連携係(内線:2249)

夏期実習・レジデント関連……………人材育成センター教育連携係(内線:2203)

見学者……………総務部総務課総務係(内線:2347)