

(抗体価不足時提出書類・該当者)

## B型肝炎ワクチン・抗体価検査証明書

本人記載

西暦

※(提出日 年 月 日)

フリガナ：	学部学科： 医・歯・薬
氏名：	○してください 保(看護・理学・作業)
生年月日： 西暦 年 月 日( 歳)	学籍番号：
性別： 男・女	出席番号：

## B型肝炎ワクチン接種・抗体価検査(医療機関記載)

ワクチンの種類	接種年月日/ロット番号	
B型肝炎ワクチン	1回目	西暦
	2回目	西暦
	3回目	西暦
B型肝炎抗体価検査	検査法に○をつける CLIA法 ・ CLEIA法	
	検査日：西暦 年 月 日	
	HBs抗体 (U/ml)	

※接種日記入については、入学前に行った抗体価検査後、証明書の提出までに接種された回数分のワクチン接種年月日とロット番号を記入してください。

※B型肝炎抗体価検査については、陰性・陽性ではなく数値の記入をお願いいたします。

上記のとおり証明いたします。

西暦

年 月 日

医療機関名

医師名

