



B型肝炎ワクチン接種・抗体価検査証明書

本人記載

学部・学科専攻 医・歯・薬・保(看護・理学・作業)		学籍番号	出席番号
氏名	性別 男・女	生年月日 西暦	年 月 日

以下、医療機関記載 **HBs抗体の検査法はCLIA法もしくはCLEIA法を厳守**

ワクチンの種類	接種日	ロット番号シール
B型肝炎ワクチン（1回目）	西暦	
上記の予防接種を行ったことを証明します。		
西暦 年 月 日		
医療機関名 所在地 医師名		㊞

ワクチンの種類	接種日	ロット番号シール
B型肝炎ワクチン（2回目）	西暦	
上記の予防接種を行ったことを証明します。		
西暦 年 月 日		
医療機関名 所在地 医師名		㊞

ワクチンの種類	接種日	ロット番号シール
B型肝炎ワクチン（3回目）	西暦	
上記の予防接種を行ったことを証明します。		
西暦 年 月 日		
医療機関名 所在地 医師名		㊞

検査項目	検査法	検査日	抗体価
HBs抗体	CLIA法・CLEIA法	西暦	mIU/mL
上記の検査を行ったことを証明します。			
西暦 年 月 日			
医療機関名 所在地 医師名			㊞

【記載に関する問い合わせ】昭和医科大学保健管理センター 03-3784-8071
平日8:40~17:00

※学校へは必ずコピーを提出すること！！原本は本人保管です。