

抗体検査結果証明書

氏 名 : _____

生年月日 : _____

学籍番号 : _____

住 所 : _____

検 査 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査項目	麻疹		風疹					
検査方法								
検査結果	定性	抗体価	定性	抗体価	定性	抗体価	定性	抗体価
判定 コメント								

医療機関 : _____

医 師 : _____ 印

*この書式で証明書を発行できない場合は貴院の書式で交付して下さるようお願いいたします。