**抗　体　検　査　証　明　書**

**所属**

**氏名**

**生年月日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 検 査 方 法  （行った検査方法を  ○で囲んでください。） | 検 査 日 | 抗 体 価 | ワクチン  接種日 | ワクチン  接種日 |
| 麻　　　疹 | EIA法    PA法  NT法（中和法） | 年月日 |  | 年月日 | 年月日 |
| 風　　　疹 | EIA法  HI法 | 年月日 |  | 年月日 | 年月日 |
| 水　　　痘 | EIA法  IAHA法  中和法 | 年月日 |  | 年月日 | 年月日 |
| 流行性  耳下腺炎 | EIA法 | 年月日 |  | 年月日 | 年月日 |
| B型肝炎  （任意） | EIA法  CLIA法  RIA法 | 年月日 |  | - | - |

　上記を証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者（医師・学校等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印