**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