

風しん抗体検査実施証明書

医療機関所在地
医療機関名称
代表者職氏名

⑩

下記のとおり、風しんの抗体検査を実施したことを証明する。

記

受検者氏名			
生年月日			
検査日			
抗体検査結果			
検査法	H I 法 ・ E I A 法 ・ その他 ()		
抗体価		単位	倍 ・ EIA 価 ・ IU/ml その他 ()