様式第２号の２（第５条関係）

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

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 | ＨＩ法　・　ＥＩＡ法　・その他（　　　 　）　 |
| 抗体価 |  | 単位 | 倍 ・ EIA価 ・ IU/mlその他（　　　　　　） |