

(様式10-2)

## 職業感染予防に関する抗体価についての証明書

独立行政法人地域医療機能推進機構 群馬中央病院

ふりがな	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日	歳

### 抗体価証明欄

疾患	測定結果 (数値)	測定年月日	抗体価検査法	罹患歴	ワクチン接種歴 ※あれば接種年月日
麻疹		年 月 日	EIA法 ・ HI法 その他( )		
風疹		年 月 日	EIA法 ・ HI法 その他( )		
水痘		年 月 日	EIA法 ・ HI法 その他( )		
流行性耳下腺炎		年 月 日	EIA法 ・ HI法 その他( )		

- 注1. 上記4疾患全ての抗体価を必ず証明すること。  
注2. 抗体価検査未実施者はEIA法での実施が望ましい。  
注3. 抗体価検査法でその他に該当する場合は、方法を記載すること。  
注4. 上記4疾患の抗体価測定は過去4年間の結果を有効とする。  
注5. ワクチンを接種している場合は実施日を記載すること。

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

所在地

学校名

学校長名

印