

## 麻疹・風疹 抗体検査及びワクチン接種証明書

## 【注意事項】

・母子健康手帳等が無い方は、こちらの証明書を提出してください

## 【本人記入】

所属（該当する□にレ印）	フリガナ		性別	生年月日
<input type="checkbox"/> 青森中央経理専門学校 <input type="checkbox"/> 青森中央文化専門学校	氏名		男・女	S ・ H 年 月 日

## 【医療機関記入】

## 1.抗体検査＜EIA IgG法で、麻疹および風疹の抗体検査をお願い致します＞

項目名	抗体価（※1）	IgG判定	抗体価陽性基準値（※2）	本校では、左記基準値に満たない場合ワクチン接種勧奨をしております。（接種不適合者除く）
麻疹			EIA価 8.0以上	
風疹			EIA価 8.0以上	
検査日	年 月 日			

## 2.追加ワクチン接種＜EIA8.0未満の方は麻疹、風疹またはMRワクチンの接種をお願いいたします＞

接種日	ワクチンの種類	接種日	ワクチンの種類
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明する

令和 年 月 日

医療機関名・所在地・電話番号

医師名

印

（※1）検査結果の写しがある場合は、本用紙裏面に貼付のうえ、提出してください

（※2）本校独自の基準です

【お問い合わせ】青森中央経理専門学校・青森中央文化専門学校 学習支援センター 健康管理室  
電話：017（728）8169