

(別紙6)

主治医の先生

徳島県立富岡東高等学校長

(羽ノ浦校)

本校の看護臨地実習におきまして、B型肝炎の抗体検査が必要ですので、検査結果を御記入くださいますようお願いいたします。

なお、ワクチンを3回接種後、判定が(無)になった場合は保護者の方と御相談して下さるようお願いいたします。

## 抗原抗体検査結果 (B型肝炎ワクチン接種後)

徳島県立富岡東高等学校羽ノ浦校 氏名 ( )

	判定 (レをつけてください)	抗体価
HBS 抗体	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

年 月 日

医療機関名

医師名

