

# 麻疹抗体価証明書

大妻女子大学

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

抗体価検査 ( IgG [EIA 法 / ELISA 法] ・ PA 法 ・ NT 法 )
抗体価 _____ ( 陽性 ・ 陰性 )
検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地・電話

医師名 \_\_\_\_\_ ⑩