

旭川医科大学病院 実習および研修のための調査票

学校名または施設名 _____

	EIA法による抗体価(IgG)またはワクチン接種日(複数回であれば全て記載)					撮影日	備考
実習生名	水痘	麻疹	風疹	流行性耳下腺炎	インフルエンザ	胸部エックス線	
1					年 月 日	年 月 日	
2					年 月 日	年 月 日	
3					年 月 日	年 月 日	
4					年 月 日	年 月 日	
5					年 月 日	年 月 日	
6					年 月 日	年 月 日	
7					年 月 日	年 月 日	
8					年 月 日	年 月 日	
9					年 月 日	年 月 日	
10					年 月 日	年 月 日	
11					年 月 日	年 月 日	
12					年 月 日	年 月 日	
13					年 月 日	年 月 日	
14					年 月 日	年 月 日	
15					年 月 日	年 月 日	
16					年 月 日	年 月 日	
17					年 月 日	年 月 日	
18					年 月 日	年 月 日	
19					年 月 日	年 月 日	
20					年 月 日	年 月 日	
21					年 月 日	年 月 日	
22					年 月 日	年 月 日	
23					年 月 日	年 月 日	
24					年 月 日	年 月 日	
25					年 月 日	年 月 日	
26					年 月 日	年 月 日	
27					年 月 日	年 月 日	
28					年 月 日	年 月 日	
29					年 月 日	年 月 日	
30					年 月 日	年 月 日	
31					年 月 日	年 月 日	
32					年 月 日	年 月 日	
33					年 月 日	年 月 日	
34					年 月 日	年 月 日	
35					年 月 日	年 月 日	
36					年 月 日	年 月 日	
37					年 月 日	年 月 日	
38					年 月 日	年 月 日	
39					年 月 日	年 月 日	
40					年 月 日	年 月 日	

旭川医科大学病院で実習および研修を受けるにあたり、上記を証明します。

施設長または校医などの証明者

氏名 _____

印