様式３

年　　月　　日

　岩手県知事　様

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**岩手県風しん抗体検査実施報告書**

　風しん抗体検査に係る　　　　　年　　　月実施分について、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査名 | 検査方法 | 検査件数 | 検査結果 | 備考 |
| 風しん抗体検査 | ＨＩ法 | 件 | 別添問診票のとおり |  |
| ＥＩＡ法 | 件 | 別添問診票のとおり |  |

※　様式１「問診票」の写しを添付すること

※　「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施医療機関連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール：