

2024年度 抗体検査申込票 兼 領収証 (上回生用)

京都橘大学学生支援課/医務室

抗体検査申込票

受検日 (西暦) 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 学籍番号 | | | | | | | | | |
| カナ氏名 | | | | | | | | | |
| 漢字氏名 | | | | | | | | | |

| 所属 (該当する所属に○印をつけてください) | 麻疹 | 風疹 | 水痘 | ムンプス | HBs抗体 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| | ¥2,500 | ¥2,500 | ¥2,500 | ¥2,500 | ¥1,000 |
| 児童教育・教職課程・診療情報管理士課程・ 看護・理学療法・作業療法・救急救命・臨床検査 | | | | | |

合計金額 ¥

※ 受検する項目について、上記に○をつけ合計金額を記入してください。

以下の①②を満たしていない場合は、健康診断と同日に検査ができませんのでご注意ください。

- ①必要なワクチン接種をすべて終了していること
- ②ワクチン接種後、4週間以上経過していること

なお、教職課程を履修の方および診療情報管理士課程を履修の方においては、担当教務課から指示された項目を受検してください。

※ 抗体検査費用は自己負担です。当日はお釣りのないようにご準備ください (お釣りの対応はできません)。

| |
|---------|
| 採血受付No. |
| |

領収証

発行日 年 月 日

※ 以下は氏名のみご自身で記入しておいてください。

| | |
|------|---|
| 漢字氏名 | 様 |
|------|---|

金額 ¥

但し 抗体検査代として

上記金額正に領収いたしました

〒601-8441

京都市南区西九条南田町 1

洛和会京都健診センター

TEL075-593-7774

印