

2025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 ¥2,500	風疹 ¥2,500	水痘 ¥2,500	ムンプス ¥2,500	HBs抗体 ¥1,000
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。

小児感染症4種に関して、予防接種を1歳以上で2回接種している人は、抗体価測定の必要はありません。
HBs抗体は1クール、あるいは2クールを終了して4週間以上経過した人のみ、抗体価測定をしてください。
HBs抗体が陽性の人は抗体価測定をする必要はありません。

※ 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

印

TEL075-593-7774