

極秘

令和 3 年度 B型肝炎補助料明細表

No. _____

| | | | |
|----|--|------|--|
| 記号 | | 事業所名 | |
|----|--|------|--|

| 番号 | 氏名 | ワクチン | | | HBs抗原・抗体測定 / HBs抗原精密・抗体測定 ←どちらかを○で囲んでください。 | | | | | | | | | | | |
|----|----|------|-----|-----|--|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|----|
| | | 第1回 | 第2回 | 第3回 | 第1回 | | 第2回 | | | 第3回 | | | 第4回 | | | |
| | | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 抗原 | 抗体 | 月日 | 抗原 | 抗体 | 月日 | 抗原 | 抗体 | 月日 | 抗原 | 抗体 |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |
| | | / | / | / | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- | / | +- | +- |