

極秘

2019 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
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-