

平成〇年度 B型肝炎補助金明細表

No. _____

記号	2312	事業所名	健康病院
----	-------------	------	-------------

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
1000	健康 花子	4/15	/	/	4/1	+○	+○	6/1	+○	+○	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-
		/	/	/	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-	/	+-	+-