（様式４）

風しん抗体検査実施報告書（　　年　　月分　　／　枚）

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人名及び代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

番号	検査医療機関名	受検者情報		検査結果		請求金額
		受診券番号	居住市町村	検査方法	抗体価	
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		
				□ＨＩ □ＥＩＡ		