

(様式第 16 号)

中通高等看護学院入学者用 HBs 抗原抗体検査結果票

氏名		男 女	生年月日	日 (昭和・平成 年)
----	--	--------	------	----------------

検査日 年 日

HBs 抗原		HBs 抗体	
--------	--	--------	--

上記の方の HBs 抗原・抗体検査を行いました。

年 月 日

住所

病院名

医師名

印