

ウイルス疾患等に関する抗体価等の測定・ワクチン接種について

実習開始日前日までに、次のウイルス疾患等に関する抗体価等の測定・ワクチン接種の有無をお知らせください。

疾患・抗体名	備 考
麻 疹	ワクチン接種の有無については、必ずお知らせください。(陰性の場合は、ワクチン接種を推奨します。)
風 疹	
水 痘	
ムンプス	
B型肝炎 (HBs 抗原・抗体)	

<注意事項>

※各項目の検査結果で実習受入の可否を決定するものではありません。

※提出していただく証明書等の様式については問いません。病院、保健所等で発行してもらうか(有料)、または所属機関長名で必要事項を記載したものを提出してください。

※本手続きにより収集した個人情報、本院での実習に際して手続を行うために使用するものであり、別の用途には使用いたしません。

広島大学病院 医科領域臨床教育センター
〒734-8551 広島市南区霞1-2-3
TEL 082-257-1575
FAX 082-257-5917