【様式第2号】

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター

理事長　　様

実習委託者
代表者　　印

抗体検査及びワクチン接種状況調査書の提出について

下記及び別添「抗体検査およびワクチン接種状況調査書」の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

実習名　　：

実習期間　　：

提出件数
（実人数）　：　　件

「抗体検査およびワクチン接種状況調査書」 提出件数（実人数） うち
地方独立行政法人岐阜県総合医療センターの基準を「満たさない」者：＿＿＿＿＿＿ 名

学籍番号 （またはそれに準じるもの）	氏　名	「満たさない」場合 ×　を記入	学籍番号 （またはそれに準じるもの）	氏　名	「満たさない」場合 ×　を記入