岡崎市民病院に勤務していた職員の

感染症検査・ワクチン接種証明依頼書

フリガナ		当院退職時の所属	
氏　　名	生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日	岡崎市職員番号	※分からない場合は記入不要
		岡崎市民病院 診察券番号	※分からない場合は記入不要
現 住 所	〒　　－		
送 付 先 ※現住所と異なる際に記入	〒　　－		
連 絡 先	※日中に連絡がとれる電話番号		

証 明 書	証明書類	所定様式の有無　　ある　・　なし
	提 出 先	
	使用目的	☐ 転籍先で必要なため　☐ 就職に必要なため ☐ その他（　　）

必要枚（部）数	枚（部）

【証明可能項目】

B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 結核

そ　の　他　　＊連絡事項等にご利用ください。

感染対策室記入欄

交付年月日	年　　月　　日