

別紙4

[研修生、研修医及び実習生用]

3 インフルエンザ予防接種

インフルエンザの予防接種を受けてください。アレルギー等で接種ができない場合はその旨を記入してください。

ワクチン接種日 年 月 日 ※直近の接種日をご記入ください

4 ワクチン接種を受けることができない、または接種途中の場合は理由をご記入ください

5 胸部レントゲン検査 ※測定結果の記入にご協力ください。

医療機関で6か月以内の胸部レントゲン写真で異常がないことを確認してください。

レントゲン検査 ※いずれかを○で囲んでください	<ul style="list-style-type: none">・有 ・異常所見なし ・異常所見あり 判定結果： _____ _____
	<ul style="list-style-type: none">・無

※上記の検査等につきましては証明書の提出はお願いしておりません。ただし、法人が必要と判断した場合には後日提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。