※受訓一個月以上必須繳交

國立成功大學醫學院附設醫院
B 型肝炎、麻疹、德國麻疹及水痘免疫情形及胸部 X 光檢查切結書

壹、基本資料：

一、身分：□代訓醫師　□代訓醫事人員　□實習醫學生（Intern）
□實習學生　□實習護生　□實習醫學生（Clerk）

二、派訓單位(所屬醫院或就讀學校)：_____

三、受訓期間：_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止

四、受訓單位：_____

貳、B 型肝炎表面抗原/抗體、麻疹抗體、德國麻疹及水痘抗體：

檢驗項目 / 結果及接種狀態	B 型肝炎（3 年內報告）			麻疹（3 年內報告）		德國麻疹（3 年內報告）		水痘（3 年內報告）	
	抗原(＋)抗體(－)	抗原(－)抗體(＋)	抗原(－)抗體(－)	抗體(＋)	抗體(－)含不明確	抗體(＋)	抗體(－)含不明確	抗體(＋)	抗體(－)含不明確
結果(請勾選)									
注射疫苗注射中(繳交接種證明)									
未注射疫苗，一切後果願自行負責									

參、胸部 X 光檢查報告(3 個月內報告)：

□無明顯異常

□疑似異常已完成追蹤（報告異常未就醫者，本院將不開立受訓證明，並通知受訓單位終止訓練）。

本人已知悉，並願意遵守有關規定。

本人簽章：_____ 身分證字號：_____日期：_____年_____月_____日

二級主管簽章（組長或護理長）：_____部室主管簽章：_____

經辦單位	項　　目	核　章
勞安室	□該學員已繳交胸部 X 光及 B 型肝炎表面抗原/抗體、麻疹抗體、德國麻疹及水痘抗體檢查報告。	