

仕 様 書

1 件名

令和3年度職員定期健康診断等業務委託（単価契約）

2 委託業務の概要

労働安全衛生法第66条等に基づく各種健康診断を、千葉市内に受注者が設置又は管理運営する健康診断施設において実施し、その結果を判定するとともに、市及び受診職員に結果の報告を行う業務。

3 履行場所

受注者が設置又は管理運営する健康診断施設内（千葉市内に限る）

4 履行期間

契約日から令和4年3月31日（木）まで

5 健康診断の種類及び受診予定者数（千葉市の都合により増減することがある。）

(1) 定期健康診断

ア 雇入時健康診断 188人

なお、下記により受診区分を設定するものとする。

雇入A 常勤 40才未満

雇入B 常勤 40才以上（生活習慣病予防検査）

雇入D 非常勤

※年齢は令和4年3月31日時点のもの。以下同じ。

イ 一般健康診断 5,138人

なお、下記により受診区分を設定するものとする。

一般A 常勤 40才未満

一般B 常勤 40才以上（生活習慣病予防検査）

一般C 再任短

一般D 非常勤

ウ （オプション検査1）胃がん検診（エックス線検査） 602人

エ （オプション検査2）大腸がん検診（便潜血反応検査2回法） 1,034人

オ （オプション検査3）麻疹抗体検査 66人

(2) 特殊健康診断

ア 深夜業務従事者健康診断 48人

イ 病原体汚染業務従事者健康診断 31人

ウ トキソプラズマ検査 1人

エ ホルムアルデヒド取扱業務従事者健康診断 1人

オ 動物飼育業務従事者健康診断（糞便、血液） 23人

カ 電離放射線業務従事者健康診断 15人

キ 特定化学物質取扱業務従事者健康診断

(ア)アルキル水銀化合物	1人
(イ)クロム酸等	20人
(ウ)クロロホルム等	20人
(エ)コバルト又はその無機化合物	1人
(オ)シアン化カリウム等	1人
(カ)ジクロロメタン	1人
(キ)水銀又はその無機化合物	1人
(ク)テトラクロロエチレン等	1人
(ケ)砒素又はその化合物	1人
(コ)弗化水素	20人
(サ)マンガン又はその化合物	1人
ク 有機溶剤取扱業務従事者健康診断	
(ア)基本検査	56人
(イ)オルトージクロルベンゼン等	1人
(ウ)キシレン	20人
(エ)N・N-ジメチルホルムアミド	4人
(オ)トルエン	49人
(カ)二硫化炭素	1人
(キ)ノルマルヘキサン	38人
ケ 農薬散布業務従事者健康診断	4人

6 定期健康診断の実施方法等

(1) 検査項目

別表1「検査項目」に掲げるとおり

(2) 実施時期等

- ア 雇入時健康診断は令和3年4月から6月までに実施する。ただし、令和3年6月以降に採用された職員がいるときは、随時実施するものとする。
- イ 一般健康診断は、令和3年6月（雇入時健康診断終了後）から令和4年3月までの間に実施する。
- ウ 受注者は、上記期間における一般健康診断の実施日として、一月当たり10日以上（土日祝日を除く）を用意しなければならない。
- エ 受注者は、前記イの期間中は、一月当たり500人以上（内、胃がん検診については90人以上）を受け入れられる体制を築かなければならない。
- オ 特殊健康診断は、6月及び12月に実施する。なお、特殊健康診断の受診者のうち、定期健康診断の受診対象者に対しては、両健康診断を同日に実施する。
- カ 受注者は、聴覚障害者が受診しやすいような環境を整えるものとする。

(3) 業務の実施方法

ア 業務の事前打合せ

受注者は、受注決定後すみやかに、業務の実施方法及び内容の詳細、並びに電子データの構

成等について、千葉市と打合せを行うものとする。

イ 受診票の作成及び納入

- (ア) 受注者は健康診断を実施する日程と受診可能人数を、前々月 20 日までに千葉市に報告する。
- (イ) 千葉市は、上記の計画に基づき、月単位で受診予定者リストを作成し、これを原則として受診予定月の前々月末日までに受注者へ受け渡す。
- (ウ) 受注者は上記によって得られた情報をもとに受診票等を作成する。
- (エ) 受注者は、受診票等を別途千葉市が用意する文書とともに、所属コード・所属名・職員番号・氏名が明らかになるよう個別に封筒に入れる。
- (オ) 定期健康診断のオプションとして、大腸がん検診を希望する職員の場合は、受診票等とともに検体容器も封筒に入れる。
- (カ) これらを所属コード順にとりまとめるうえ、原則として受診予定月の前月 15 日までに千葉市へ納入する。

ウ 健康診断の実施

- (ア) 午前は正午までに、午後は 17 時までに検査を終えるようにしなければならない。
- (イ) 受診予定者が日程変更を希望する場合の受付及び日程調整は、受注者が行なうものとする。
- (ウ) 受診者が受診票等を持参しなかった場合に備え、受付には未印字の受診票を備え付けておくものとする。
- (エ) 大腸がん検診を希望する受診者の検体は、健康診断当日に履行場所で受け渡すものとする。
- (オ) 麻疹抗体検査の受検予定者は、定期健康診断の受診票とともに、様式 1「千葉市職員麻疹抗体検査申込書」を健康診断施設の受付窓口へ提出するものとする。
- (カ) クーポン券利用による風疹抗体検査受検予定者(昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性職員のうち定期健診と同時に受検を希望する者)は、定期健康診断の受診票とともに、風疹抗体検査受診票及びクーポン券を健康診断施設の受付窓口へ提出するものとする。
- (キ) 受注者は、別表 1「検査項目」に掲げる検査について、受診者の都合等によりその一部を省略したときは、別表 2「成果物一覧表」の②「健康診断個人票(千葉市あて)」へ省略した理由を付記するものとする。
- (ク) 大腸がん検診のみ、麻疹抗体検査のみの受診を希望する職員の取扱については、別途協議するものとする。
- (ケ) 当日受診できなかった者の取扱いは、別途協議するものとする。

エ 千葉県市町村職員共済組合が実施する C 型肝炎検査

定期健康診断受診者のうち、希望する者は、千葉県市町村職員共済組合が実施する C 型肝炎検査を同時に受検できるものとする。

オ 健診結果に基づく判定

- (ア) 受注者は、検査項目ごとの判定を行うほか、これらの判定を基に医師の所見を交えた総合的な判定を行う。
- (イ) 各検査項目の判定基準及び判定区分は、基本的に受注者の基準によるが、事前に当該基準を千葉市へ示し、協議するものとする。

カ 健診結果に係る報告

- (ア) 本件委託業務に係る成果物として、別表 2「成果物一覧表」に掲げるものを、それぞれ同表

に示す期間内に千葉市へ提出する。

(イ) 要精密検査又は要医療該当者等であって、緊急の対応を要すると考えられるものについては、速やかに千葉市へ連絡する。

キ 健診結果、エックス線撮影記録及び心電図記録の保存・管理

(ア) 受注者は、健診結果・エックス線撮影記録及び心電図の記録等を診療情報として関係法令に従って保存する。

(イ) 受注者は、履行期間経過後であっても、千葉市の要請を受けたときは、これを貸し出せるようにしなければならない。

7 個人情報の保護

- (1) 受注者は、この業務を処理するための個人情報の取扱いに当たっては、千葉市個人情報保護条例（平成17年千葉市条例第5号。以下「条例」という。）その他個人情報の保護に関する法令等を遵守し、別記「個人情報取扱特記事項」に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、個人情報の提供や管理等、その取扱いについて細心の注意をもって対処しなければならない。
- (2) この業務の処理に際して情報セキュリティに関する事故が発生した場合、適切な説明責任を果たす必要があると認められるときは、発注者は当該事故の公表をすることができるものとする。

8 経費の負担

この業務に必要な消耗品・機器及び搬入・運搬等の諸経費は、あらかじめ千葉市が認めた場合を除き、すべて受注者の負担とする。

9 委託料の請求方法

- (1) 本件業務に係る委託料の請求金額は、各検査の契約単価にそれぞれ実施者数を乗じた額とする。
- (2) 委託料の請求は、一月ごとに行うものとする。
- (3) 委託料の請求は、健康診断結果の報告が適正に行われ、千葉市の検査確認が完了し次第、速やかに行うものとする。
- (4) 委託料の請求の際には、検査項目ごとの受診者が明らかとなるような資料を添付するものとする。

10 仕様書の変更・追加

この仕様書の内容については、千葉市が必要と認める場合に受注者と別途協議のうえ、変更及び追加を行うことができるものとする。

11 その他

- (1) 受注者は、業務遂行中に事故等が発生した場合は、すみやかに適切な対応を行うとともに、原因調査を行い、千葉市に報告すること。
- (2) 受注者は、業務遂行にあたり、過失により第三者に損害を与えたときは、誠意をもって対応し、受注者の責任で賠償等を行うこと。
- (3) 受注者は、この仕様書又はその他の事項について疑義が生じたときは、その都度千葉市と協議し、その指示に従うこと。
- (4) 医師法・医療法等の関係法令を遵守すること。

別表 1

検 査 項 目

(1) 定期健康診断検査項目 (雇入時・一般共通)		
	検査項目	備考
法 定 検 査 項 目	① 問 診 既往歴・業務歴の調査、自・他覚症状の有無	
	② 身 体 計 測 身長、体重、腹囲	
	③ 血 圧 測 定	
	④ 視 力 検 査	
	⑤ 聴 力 検 査 オージオメーター(1000Hz・4000Hz)	
	⑥ 胸部エックス線検査 (直接撮影)	
	⑦ 肝機能検査 GOT、GPT、 γ -GTP	
	⑧ 血中脂質検査 HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、中性脂肪 (TG)	
	⑨ 血 糖 検 査 血糖値	
	⑩ 貧 血 検 査 赤血球数、血色素量	
	⑪ 尿 検 査 尿蛋白、尿糖	
	⑫ 心電図検査(安静時 12 誘導法)	
法 定 外 検 査 項 目	① 身 体 計 測 BMI、体脂肪率	
	② 尿 検 査 ウロビリノーゲン	
	③ 血液学的検査 ヘマトクリット、白血球数、血小板数、平均赤血球容積	
	④ 血液生化学検査 総コレステロール、nonHDL コレステロール、アルブミン、A/G 比、総蛋白、ALP、HbA1c、クレアチニン、eGFR、尿酸、尿素窒素	
	⑤ 胃がん検診(X線検査 直接撮影)	希望者のみ
	⑥ 大腸がん検診(便潜血反応検査 2回法)	希望者のみ
	⑦ 麻疹抗体検査(EIA法(IgG検査))	希望者のみ

(2) 特殊健康診断検査項目

- ア 深夜業務従事者健康診断
- イ 病原体汚染業務従事者健康診断
- ウ ホルムアルデヒド取扱業務従事者健康診断

ア、イ、ウ共通

検査項目		備考
① 問診	既往歴・業務歴の調査、自・他覚症状の有無	
② 身体計測	身長、体重、腹囲	
③ 血圧測定		
④ 視力検査		
⑤ 聴力検査		
⑪ 尿検査	尿蛋白、尿糖	

エ トキソプラズマ検査

検査項目		備考
① 血液検査	トキソプラズマ検査 (IgG 抗体)	

オ 動物飼育業務従事者健康診断

検査項目		備考
① 糞便検査	条中、サルモネラ、病原性大腸菌、エルシニア、カンピロバクター、細菌性赤痢、回虫、肝てつ	
② 血液検査	トマリア、トキソプラズマ、オウム病、ウイルス性肝炎、ヘルペス	

カ 電離放射線業務従事者健康診断

検査項目		備考
① 問診	被ばく歴の有無の調査及びその評価、白内障に関する眼の検査、皮膚の検査	
② 血液検査	白血球数、白血球百分率、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値	

キ 特定化学物質取扱業務従事者健康診断

	検査項目	備考
① アルキル水銀化合物	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 アルキル水銀化合物による頭重、頭痛、口唇又は四肢の知覚異常、関節痛、不眠、嗜眠、抑鬱感、不安感、歩行失調、手指の振戦、体重減少等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 頭重、頭痛、口唇又は四肢の知覚異常、関節痛、不眠、歩行失調、手指の振戦、体重減少等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 皮膚炎等の皮膚所見の有無の検査 	
② クロム酸等	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 二 作業条件の簡易な調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 三 クロム酸若しくは重クロム酸又はこれらの塩によるせき、たん、胸痛、鼻腔の異常、皮膚症状等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 せき、たん、胸痛等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 鼻粘膜の異常、鼻中隔穿孔等の鼻腔の所見の有無の検査 六 皮膚炎、潰瘍等の皮膚所見の有無の検査 七 令第二十三条第四号の業務に四年以上従事した経験を有する場合は、胸部のエツクス線直接撮影による検査 	
③ クロロホルム	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 クロロホルムによる頭重、頭痛、めまい、食欲不振、悪心、嘔吐、知覚異常、眼の刺激症状、上気道刺激症状、皮膚又は粘膜の異常等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 頭重、頭痛、めまい、食欲不振、悪心、嘔吐、知覚異常、眼の刺激症状、上気道刺激症状、皮膚又は粘膜の異常等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 血清グルタミンクオキサロアセチクトランスアミナーゼ(GOT)、血清グルタミンクピルビツクトランスアミナーゼ(GPT)及び血清ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)の検査 六 有機溶剤取扱業務従事者健康診断における検査項目中の①基本検査。ただし、上記一から五と共通の項目は重ねて実施しない。 	<p>六で実施した検査結果は、有機溶剤取扱業務従事者健康診断の結果票として、一から五の結果とは別に作成する。</p>
④ コバルト又はその無機化合物	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 二 作業条件の簡易な調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 三 コバルト又はその無機化合物によるせき、息苦しさ、息切れ、喘鳴、皮膚炎等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 せき、息苦しさ、息切れ、喘鳴、皮膚炎等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 	
⑤ シアン化カリウム等	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の調査 三 シアン化カリウム、シアン化水素又はシアン化ナトリウムによる頭重、頭痛、疲労感、倦怠感、結膜充血、異味、胃腸症状等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 頭重、頭痛、疲労感、倦怠感、結膜充血、異味、胃腸症状等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 	<p>対象物質:シアン化カリウム、シアン化水素、シアン化ナトリウム</p>

⑥ ジクロロメタン	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 二 作業条件の簡易な調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 三 ジクロロメタンによる集中力の低下、頭重、頭痛、めまい、易疲労感、倦怠感、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査(集中力の低下、頭重、頭痛等の急性の疾患に係る症状にあつては、当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 四 集中力の低下、頭重、頭痛、めまい、易疲労感、倦怠感、悪心、嘔吐、黄疸、体重減少、上腹部痛等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査(集中力の低下、頭重、頭痛等の急性の疾患に係る症状にあつては、当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 五 血清総ビリルビン、血清グルタミンクオキサロアセチツクトランスアミナーゼ(GOT)、血清グルタミンクピルビツクトランスアミナーゼ(GPT)、血清ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)及びアルカリホスファターゼの検査 	
⑦ 水銀又はその無機化合物	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 水銀又はその無機化合物による頭痛、不眠、手指の振戦、乏尿、多尿、歯肉炎、口内炎等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 頭痛、不眠、手指の振戦、乏尿、多尿、歯肉炎、口内炎等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 尿中の潜血及び蛋白の有無の検査 	
⑧ テトラクロロエチレン	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 テトラクロロエチレンによる頭重、頭痛、めまい、悪心、嘔吐、傾眠、振顫せん、知覚異常、眼の刺激症状、上気道刺激症状、皮膚又は粘膜の異常等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 頭重、頭痛、めまい、悪心、嘔吐、傾眠、振顫せん、知覚異常、眼の刺激症状、上気道刺激症状、皮膚又は粘膜の異常等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 皮膚炎等の皮膚所見の有無の検査 六 尿中のトリクロル酢酸又は総三塩化物の量の測定 七 血清グルタミンクオキサロアセチツクトランスアミナーゼ(GOT)、血清グルタミンクピルビツクトランスアミナーゼ(GPT)及び血清ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)の検査 八 尿中の潜血検査 	対象物質：テトラクロロエチレン、トリクロロエチレン
⑨ 砒素又はその化合物	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 二 作業条件の簡易な調査(当該業務に常時従事する労働者に対して行う健康診断におけるものに限る。) 三 砒素又はその化合物による鼻粘膜の異常、呼吸器症状、口内炎、下痢、便秘、体重減少、知覚異常等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 せき、たん、食欲不振、体重減少、知覚異常等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 鼻粘膜の異常、鼻中隔穿孔等の鼻腔の所見の有無の検査 六 皮膚炎、色素沈着、色素脱失、角化等の皮膚所見の有無の検査 七 令第二十三条第五号の業務に五年以上従事した経験を有する場合は、胸部のエックス線直接撮影による検査 	

⑩ 弗化水素	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 弗化水素による呼吸器症状、眼の症状等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査 四 眼、鼻又は口腔の粘膜の炎症、歯牙の変色等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査 五 皮膚炎等の皮膚所見の有無の検査 	
⑪ マンガン又はその化合物	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 マンガン又はその化合物によるせき、たん、仮面様顔貌、膏顔、流涎、発汗異常、手指の振戦、書字拙劣、歩行障害、不随意性運動障害、発語異常等のパーキンソン症候群様症状の既往歴の有無の検査 四 せき、たん、仮面様顔貌、膏顔、流涎、発汗異常、手指の振戦、書字拙劣、歩行障害、不随意性運動障害、発語異常等のパーキンソン症候群様症状の有無の検査 五 握力の測定 	

ク 有機溶剤取扱業務従事者健康診断

検査項目		備考
① 基本検査	<ul style="list-style-type: none"> 一 業務の経歴の調査 二 作業条件の簡易な調査 三 有機溶剤による健康障害の既往歴並びに自覚症状および他覚症状の既往歴の有無の検査、有機則別表の下欄に掲げる項目(尿中の有機溶剤の代謝物の量の検査に限る)についての既往の検査結果の調査並びに別表の下欄(尿中の有機溶剤の代謝物の量の検査を除く)および第五項第二号から第五号までに掲げる項目についての既往の異常所見の有無の調査 四 有機溶剤による自覚症状または他覚症状と通常認められる症状の有無の検査 	
② オルトージクロロベンゼン等	血清グルタミックオキサロアセチクトランスアミナーゼ(GO T)、血清グルタミックピルビクトランスアミナーゼ(GPT)及び血清ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)の検査(以下「肝機能検査」という。)	対象物質: オルトージクロロベンゼン、クレゾール、クロロベンゼン、一・二-ジクロロエチレン(別名二塩化アセチレン)
③ キシレン	尿中のメチル馬尿酸の量の検査	
④ N・N-ジメチルホルムアミド	<ul style="list-style-type: none"> 一 肝機能検査 二 尿中のN-メチルホルムアミドの量の検査 	
⑤ トルエン	尿中の馬尿酸の量の検査	
⑥ 二硫化炭素	眼底検査	
⑦ ノルマルヘキサン	尿中の二・五-ヘキサンジオンの量の検査	

ケ 農薬散布業務従事者健康診断

検査項目		備考
① 血液検査	血清コリンエステラーゼ活性値の検査	
② 問診	多汗、縮瞳、眼瞼及び顔面の筋せん維性攣縮の検査	

別表 2

成 果 物 一 覧 表

提出する成果品	部 数	提出時期	備 考
① 健康診断結果通知書（受診者あて）	1 部	受診日の翌日から起算して10営業日以内	<ul style="list-style-type: none"> 受診者ごと、健診の種類ごとに作成すること。 既往歴、自覚症状、項目ごとの検査結果及び判定、総合判定、診察所見並びに注意指示事項を表示したものであること。（様式は自由） 結果通知書の内容が他に漏洩しないよう封筒に入れること。また、封筒に入れた際にも、受診対象者の所属・氏名が判別できるようにすること。 事業場コード、所属コード、職員番号の順にとりまとめて 納品すること。
② 健康診断個人票（千葉市あて）	2 部	受診日の翌日から起算して10営業日以内	<ul style="list-style-type: none"> 受診者ごと、健診の種類ごとに作成すること。 健康診断結果通知書（受診者あて）と同じ内容が記載されているものであること。（様式は自由） 健康診断結果通知書と同じ順番とすること。
③ 健康診断結果データCD	1 部	受診日の属する月の翌月末まで	<ul style="list-style-type: none"> 千葉市が別途指定するレイアウトにより健康診断結果を取りまとめ、CSV形式で記録したものを電子媒体に保存して提出すること。
④ 特定健康診断査用結果一覧	1 部	千葉県市町村職員共済組合宛・・・ 受診日の属する月の翌月末 協会けんぽ宛・・・ 年度末	<ul style="list-style-type: none"> 雇入B、一般Bに区分される職員の健診結果を、千葉市が別途指定するレイアウトにより保険者別に取りまとめ、XML形式又はCSV形式で記録したものをそれぞれCD-Rに保存して提出すること。
⑤ 定期健康診断結果報告書	1 部	受診日の属する月の翌月末まで	<ul style="list-style-type: none"> 法定項目ごとに実施者数、有所見者数を記載すること。 所見のあったものの人数及び医師の指示人数は、実人数とすること。
⑥ 未受診者一覧表	1 部	随時	<ul style="list-style-type: none"> 千葉市が作成した受診予定者リストのうち、受診予定日を経過後も未受診である者を抽出し、エクセルで読み込めるファイル形式で提出すること。

(様式1)

千葉県職員麻疹抗体検査申込書

(あて先)

職員番号	所属課(所)名		
フリガナ氏名	性別 男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
個人情報取扱い同意	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
私は、麻疹抗体検査を申し込みます。			
年 月 日			
申請者 氏名		印	

※ 記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。
必要事項を記入のうえ、受検当日に会場1階の総合受付に提出してください。