

# 2026 年度 集団抗体検査申込書

フリガナ				性別	男 女	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
氏名				性別	男 女	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
学籍番号		学科名 または 専攻名	※専攻や専修がある場合は 専攻名、専修名を記入		診察券 番号	※愛知淑徳大学クリニックの 診察券を持っている場合のみ記入	
住所	〒 — —						
携帯電話 番号	— —		電話番号	— —			

➤ 該当する学年/学科・専攻の欄に○を入れてください

	学科・専攻	窓口支払い	金額	セット	検査項目
	<input type="checkbox"/> 1年 教育学科	有り	9,700 円	E	【麻疹】IgG 【風疹】HI 【水痘】IgG 【流行性耳下腺炎】IgG
	<input type="checkbox"/> 1年 子ども福祉専攻	無し(実習費)			
	<input type="checkbox"/> 4年 心理学科	有り	11,500 円	D	【麻疹】IgG 【風疹】HI 【水痘】IgG 【流行性耳下腺炎】IgG 【B型肝炎】HBs抗体(CLIA) HBs抗原(CLIA)
	<input type="checkbox"/> M1年 臨床心理学専修	有り			
	<input type="checkbox"/> 2年 視覚科学専攻	無し(実習費)			
	<input type="checkbox"/> 2年 臨床検査学専攻				
	<input type="checkbox"/> 1年 救急救命学専攻				
	<input type="checkbox"/> 1年 健康栄養学科				
	<input type="checkbox"/> 1年 言語聴覚学専攻	無し(実習費)	10,600 円	F	【麻疹】IgG 【風疹】HI 【水痘】IgG 【流行性耳下腺炎】IgG 【B型肝炎】HBs抗体(CLIA)
	<input type="checkbox"/> 1年 理学療法学専攻				
	<input type="checkbox"/> 2年 言語聴覚学専攻	有り	2,300 円	—	【B型肝炎】HBs抗体(CLIA)
	<input type="checkbox"/> 2・3年 救急救命学専攻	有り			
	<input type="checkbox"/> 2年 健康栄養学科	有り			
	<input type="checkbox"/> 3・4年 救急救命学専攻	無し(実習費)	9,100 円		【結核】Tスポット