健康管理センター行　**（提出期限：令和７年４月１日（火）正午　厳守）**

令和７年度　定期健康診断・Ｂ型肝炎抗体検査及びワクチン接種・Ｃ型肝炎抗体検査　申込書　兼
特定業務従事者等　調査票

該当者
あり　・　なし

※研究員・非常勤医師・非常勤歯科医師・研究補手の調査です。
本学職員・大学院生は別途（4 月中旬）調査します。
「該当者なし」の場合も健康管理センターまで提出をお願いします。

＜No.　　＞
＜地区＞
＜所属＞

所属長名　　㊞

（担当者連絡先　氏名：　　内線：　　）
下記内容は、本人と所属長の合意が得られており、
事実と相違ありません。

以下に該当する場合は各項目に〇印をつけてください。
① 定期健康診断を希望する方（特定健康診査・特定保健指導を希望される方は、各自で健康保険加入団体にお問い合わせのうえ、特定健診の問診票が必要な場合は、健康管理センターに申し出てください。）
② Ｂ型肝炎抗体検査及びワクチン接種・Ｃ型肝炎検査を希望する方は、肝炎ウイルス検査問診票及び同意書の提出が必要です。提出されない場合は、検査することができませんので除外されます。
※Ｂ型肝炎ワクチン接種は、**判定の指示に従いＢ肝ワクチン日程（通知文参照）で実施できる方のみ申し込みください。**
※Ｃ型肝炎は抗体検査のみになり、ワクチン接種はありません。
※新採用者とは、令和6年4月2日～令和7年4月1日に採用された方、かつ、本学に初めて在籍する方です。新採用者のみ無料として取扱いしますので、必ず採用年月日を記載してください。記載のない場合は有料として取り扱います。職員・大学院生も含め過去に本学の在籍歴がある方は有料扱いとなります。
※②を申し込まれた方は定期健康診断も該当になります。
③有機溶剤・特定化学物質等取扱者（本学において令和 6 年 10 月以降の取扱者）
④常時安全キャビネット作業者（病原体によって汚染の恐れが著しい業務）
⑤病原微生物取扱いでの遺伝子組換実験従事者（岩手医科大学組換え DNA 実験安全管理者規則）

番号	基本データ							希望項目（〇印をつけてください）			該当者（〇印をつけてください）		
	UID	氏　名	フリガナ	職　名 （研究員） （非常勤医師） （非常勤歯科医師） （研究補手）	性別	生年月日 （西暦）	採用年月日 **※新規採用者のみ記入** (新採用の詳細は上記確認)	① 定期健康診断	② Ｂ肝抗体検査及びﾜｸﾁﾝ接種 新採用　：無料 在籍歴有：有料	② Ｃ型肝炎抗体検査 新採用　：無料 在籍歴有：有料	③ 有機溶剤・特定化学物質取扱者 ※昨年 10 月以降の取扱者	④ 安全ｷｬﾋﾞﾈｯﾄ作業者 （常時）	⑤ 病原微生物取扱いでの遺伝子組換実験従事者
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													