

구 분	1. 유행성 이하선염 (Mumps)	2. 홍역 (Measles)	3. 풍진 (Rubella)	4. 수두 (Varicella)	5. 인플루엔자 (Influenza)	6. 결핵 (Tuberculosis)	
	Ig G 또는 예방접종				예방접종	최근 3개월 이내 X-ray 확인	
<p>* 표시형식 안내</p> <p><input type="checkbox"/> 면역력 有(예방접종자 포함) : +로 표시합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 면역력 無 : -로 표시합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 결핵의 경우에는 활동성 결핵인 경우 'O'로, 아닌 경우 'X'로 표시합니다.</p>							
번 호	성 명	생년 월일	면역력 확보 여부 (+ 혹은 -로 기재 바랍니다)				활동성 결핵 여부 (O 혹은 X로 표시)