任　意

□風しん抗体検査・任意予防接種　□任意予防接種　申請書

令和　　　年　　　　月　　　　日

小城市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　小城市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　小城市が実施する風しん抗体検査・任意予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者  氏　　名 | ふりがな | 生年  月日 | 年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　（　　　　歳） |
|  |
| 電話 |  |
| 住　　所 | （申請者と同じ場合は同上と記載可）  小城市 | | |
| 申請の  理由 | □　1.妊娠を希望している女性  □　2.妊婦と同一世帯（母子手帳で妊婦の抗体価確認要す。未就学児は定期予防接種） | | |
| 質　　問 | 風しん抗体検査をしたことがありますか　　　　　　　□はい　□いいえ　□不明  風しん（麻しん風しん）の予防接種歴がありますか　　□はい　□いいえ　□不明  風しんにかかったことがありますか　　　　　　　　　□はい　□いいえ　□不明  （女性のみ）現在妊娠している可能性（生理が遅れている等）がありますか  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ　□不明 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （以下、市記入欄：確認したら□にチェックを入れてください） | 受付印 |
| ・窓口申請者が接種者本人の場合  □本人確認（運転免許証等）□接種者の住基確認  ・窓口申請者が委任者の場合  □委任状　□委任者（委任を受けた者）の本人確認  □接種者の住基確認  **※妊娠経験無の女性申請時のみ母子手帳不要。他は母子手帳のコピー必要** |  |
| ・発行時渡すもの（抗体検査・予防接種はすべて渡す、予防接種のみは○のみ渡す）  ○説明書　　□風しん抗体検査問診票（氏名住所等記載、小城市印）  　□風しん抗体検査結果通知書  　○ＭＲと風しん予防接種予診票（氏名住所等記載、小城市印）  　○予防接種済証  ・発行不可の場合  　理由：□住基なし　□風しん既往有　□予防接種履歴有　□その他 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受付者サイン　　　　　）