

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	年	月	日
		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	<input type="checkbox"/> 1.妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明			
	風しん（麻しん風しん）の予防接種歴がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明			
	風しんにかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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
<ul style="list-style-type: none"> 窓口申請者が接種者本人の場合 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>本人確認（運転免許証等） <input type="checkbox"/>接種者の住基確認 窓口申請者が委任者の場合 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>委任者（委任を受けた者）の本人確認 <input type="checkbox"/>接種者の住基確認 <p>※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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>説明書 <input type="checkbox"/>風しん抗体検査問診票（氏名住所等記載、小城市印） <input type="checkbox"/>風しん抗体検査結果通知書 <input type="checkbox"/>MRと風しん予防接種予診票（氏名住所等記載、小城市印） <input type="checkbox"/>予防接種済証 発行不可の場合 <ul style="list-style-type: none"> 理由：<input type="checkbox"/>住基なし <input type="checkbox"/>風しん既往有 <input type="checkbox"/>予防接種履歴有 <input type="checkbox"/>その他_____ 	

(受付者サイン _____)