

風しん抗体検査受診券 交付申請書

受診券を発行するにあたり、対象者の個人情報(世帯情報等)を確認することに同意します。

太枠内を記入してください。

この申請書を持参する人が検査希望者でない場合は、委任状と一緒に提出してください。

申請者		
住所	高崎市	※昼間に連絡が取れる番号 電話 — —
ふりがな		印
氏名		
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	

対象者	※ 検査時に高崎市に住民登録のある、以下の①～③の人で申請がはじめての人。但し、抗体検査歴、2回以上のワクチン接種歴、罹患歴のある人を除く。 (未婚の場合は、結婚予定や夫婦に準じた形で生活空間を同一にする頻度が高い場合も含まれます。)
	① 妊娠を希望する女性
	② 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者
	③ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

下記のとおり、風しん抗体検査受診券の交付を申請します。

妊娠希望者又は妊婦の氏名(ふりがな)	生年月日	住所	妊婦の場合 抗体価
	昭・平 . .		HI法16倍以下 EIA法8.0未満

下記の者は申請者を代理人に選任し、受診券の交付申請及び、受診券の受け取りに関する一切の権限を委任します。

検査希望者※3	氏名	生年月日	続柄※1	対象確認※2	2回以上の接種歴	抗体検査歴	風しんの確実な既往歴	
	1		昭・平 . .			あり・なし	あり・なし	あり・なし
	2		昭・平 . .			あり・なし	あり・なし	あり・なし
	3		昭・平 . .			あり・なし	あり・なし	あり・なし
	4		昭・平 . .			あり・なし	あり・なし	あり・なし

※1 続柄は、妊娠希望者又は妊婦からみた続柄です。

※2 上記、対象者①～③のうちいずれかを番号で記入してください。③に該当する方は、妊婦の母子手帳や妊婦健診時等での検査結果の写しを添付してください。

※3 検査を受けたい方全員を記入してください。申請者が検査希望者である場合も、含めて再度記入願います。

職員記入欄 ※本人確認のため、運転免許証・その他法令に基づく身分証明書等をご提示ください。

受付	e-suite検査歴確認	受付日	受付者	本人確認	発送日	入力
窓口・郵送				免・保 その他()		