

風しん抗体検査後予防接種申請書

市記入欄

【対象者】
高崎市の風しん抗体検査の結果が「HI法で16倍以下」に相当する方



風しん抗体検査 申請者確認欄(✓)	
----------------------	--

下記のとおり、風しん予防接種予診票の交付を申請します。
なお、対象者であることの確認のため、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

- ・ 太枠内を記入してください。
- ・ 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。
- ・ この申請書を持参する人が接種希望者でない場合は、委任状を一緒に提出してください。

申請者(接種希望者)			
住所	〒	※昼間連絡が取れる番号	
	高崎市	電話	— —
ふりがな			(印)
氏名			
生年月日	昭・平	年 月 日生 (歳)	

※申請者は、接種希望者の中から選任してください。

下記接種希望者は上記の者を代理人に選任し、予診票の交付申請及び、予診票の受け取りに関する一切の権限を委任します。

接種希望者	氏名		生年月日	対象確認※1	抗体価※2
	1		昭・平 . . 生		倍
	2		昭・平 . . 生		倍
	3		昭・平 . . 生		倍
	4		昭・平 . . 生		倍

※1: 対象確認欄は、下記の【対象者】1~3のいずれかの番号をご記入ください。

※2: 風しん抗体検査の結果は職員が記入します。

【対象者】

- 1 妊娠を希望する女性 (妊娠中は接種は出来ません)
- 2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者
- 3 風しん抗体価が低い(※)妊婦の配偶者などの同居者

※抗体価: HI法16倍以下またはEIA法8.0未満

市記入欄

発行方法	受付者	受付日	本人確認	発送日	入力
窓口・郵送			免 ・ 保 その他()		