

瑞穂町風しん等ワクチン任意予防接種申請書

年 月 日

瑞穂町長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 _____

- 町がここで得た情報を風しん等ワクチン任意予防接種の実施のために使用することに同意します。
- この申請について町が審査するとき、住民基本台帳の記録の有無について確認することに同意します。

以下は女性のみ

- 妊娠中は予防接種を受けられないことを理解しました。
- 予防接種後、2か月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。

以上の点を確認の上、瑞穂町風しん等ワクチン任意予防接種実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者の氏名		性別	
被接種者の住所	(申請者と異なる場合のみ記入してください。)		
希望するワクチンの種類	麻しん風しん混合ワクチン ・ 風しんワクチン		
抗体検査の状況欄	妊婦健康診査又は自己負担で抗体検査を受けた。	はい ・ いいえ	
申込区分	<input type="checkbox"/> 妊娠希望女性	<input type="checkbox"/> 妊娠希望女性の同居者	<input type="checkbox"/> 妊婦の同居者
	<input type="checkbox"/> 妊婦健診で抗体価が低いとされた方		<input type="checkbox"/> 定期接種の機会を逸した2~18歳の方

この申請書には、次に掲げる書類を提示し、又は当該書類の写しを添付してください。

- (1) 現住所及び年齢が確認できるもの(運転免許証、健康保険証等)
- (2) 風しん抗体検査の結果が確認できるもの(定期接種の機会を逸した2~18歳の方を除く。)
- (3) 母子健康手帳(現に所持している方に限る。)

担当者処理欄

受付印		抗体検査	抗体価 HI法 EIA法
受付者		予防接種の 実施決定	適当
住基確認			要審査(結果:適当・不适当)
年齢確認			