

大人の風しんワクチン接種券交付申請書

年 月 日

大 治 町 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者との続柄 ()

大人の風しんワクチン接種事業による風しん又は麻しん風しん予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり申請します。

被接種者	住 所	大治町大字	
	氏 名		
	生年月日	年	月 日 (歳)
確認事項 (該当するものに○)		風しん抗体検査を受け、抗体価が低いと判定された ※抗体検査結果について下記にご記入ください。	
	検 査 日	年	月 日
	医療機関名		
	検 査 結 果	・H I 法でH I 抗体価 () 倍 ・E I A 法でE I A 価 () 又は 国際単位 ()	
		妊娠を希望している女性で、出産経験がない	
		風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）の予防接種を受けたことがない	
		風しんにかかったことがない	
		現在妊娠中ではない	
備 考			

○ 被接種者は、予防接種の安全性確保を目的に、予診票が医療機関から大治町に提出されることに同意された上、申請してください。

《添付書類》 風しん抗体検査結果票（検査方法及び抗体価がわかるもの）