

課 長	室 長	係 長	担 当

風しんワクチン等任意接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

芦北町長 様

【申請者】

住 所 芦北町大字

氏 名

(被接種者との続柄：)

連絡先 (— —)

風しんワクチン等任意接種を受けたいので、予診票の交付を申請します。

【被接種者】

住 所	☐ 上記申請者と同じ (※氏名、住所欄は記入不要)	
	芦北町大字	
フリガナ 氏 名		
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳)	
接種希望 医療機関	(希望する医療機関に☑をつけてください。) ☐ 芦北クリニック ☐ 井上医院 ☐ 篠原医院 ☐ 竹本医院 ☐ 宮島医院 ☐ 百崎内科医院	
理 由	(あてはまるものに☑をつけてください。) ☐ 妊娠を希望する女性 ☐ 妊娠を希望する女性の配偶者 ☐ 妊婦の配偶者 ☐ <u>抗体価の低い者※</u>	
抗体検査の結果 抗体価の低い者※のみ記入	☐ H I 法 1 6 倍以下 ☐ E I A 法 8 . 0 未満	
(女性のみお答えください。) 現在、妊娠している可能性 (生理が予定より遅れている等) はありますか。		はい ・ いいえ

【注意】妊娠している人または妊娠の可能性のある人は、接種を受けることができません。

また、接種後2か月間は、妊娠を避ける必要があります。

※抗体検査の結果がわかる書類の添付をお願いします。

健康福祉課 処理欄	
☐ 電算での確認 (確認済み ・ 未)	☐ 名簿への記入
☐ <u>抗体検査結果※</u> (添付 ・ 未)	☐ 対応職員 ()