

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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(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	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。) <input type="checkbox"/> 芦北クリニック <input type="checkbox"/> 井上医院 <input type="checkbox"/> 篠原医院 <input type="checkbox"/> 竹本医院 <input type="checkbox"/> 宮島医院 <input type="checkbox"/> 百崎内科医院	
理 由	(あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。) <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 <input type="checkbox"/> 抗体価の低い者※	
抗体検査の結果 <small>抗体価の低い者※のみ記入</small>	<input type="checkbox"/> H I 法 1 6 倍以下 <input type="checkbox"/> 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

抗体検査結果 (理由が4の人のみ) ( 添付 ・ 未 )

対応職員 ( \_\_\_\_\_ )