

(任意) みどり市風しん予防接種 (成人) 予診票交付申請書

令和 年 月 日

みどり市長 須藤 昭男 様

下記のとおり、風しん予防接種の予診票の交付について申請いたします。

なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報調査及び確認することに同意します。

記

住 所	〒 - みどり市笠懸町・大間々町・東町						
ふりがな							
被接種者氏名							
生年月日 (年齢)	昭和 ・ 平成 年 月 日 生まれ (歳)						
電話番号							
申請者 (代理の場合)		続柄					
確 認 事 項	該当するものにチェック・記入してください。 <table border="0"><tr><td rowspan="3" style="font-size: 4em; vertical-align: middle;">(</td><td><input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性の夫 (パートナー)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 現在妊娠している女性の夫 (パートナー)</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種を2回接種していない <input type="checkbox"/> 群馬県風しん抗体検査事業を利用した (該当の場合のみ) 風疹の抗体価検査を受けた医療機関 _____ 医院・クリニック・病院 風疹抗体価検査結果 検査結果 _____ (倍・未満)			(<input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性の夫 (パートナー)	<input type="checkbox"/> 現在妊娠している女性の夫 (パートナー)
(<input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性						
	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性の夫 (パートナー)						
	<input type="checkbox"/> 現在妊娠している女性の夫 (パートナー)						

(処 理 欄)

受 付 印

対応者 _____