

平成 年 月 日

羽 村 市 長 宛

先天性風しん症候群対策風しん等ワクチン予防接種申請書

- 抗体検査の結果が低抗体価であったときのみ接種を受けることができることを理解しました。
低抗体価・・・H I 法 16倍以下、E I A法 8.0未満
- 現在、妊娠していません。
- 予防接種後、2ヶ月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。
- ここで得た個人情報を予防接種の実施のためにのみ使用することに同意します。

以上4点を確認のうえ、先天性風しん症候群対策風しん等ワクチン予防接種を希望します。

| | |
|----------------------|-----------------|
| 接種を希望（妊娠を希望）している方の氏名 | フリガナ |
| | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） |
| 住 所 | 羽村市 |
| 電話番号 | |

<健康課処理欄>

| | | | |
|------|--|------|--|
| 受付日 | | 受付者 | |
| 住基確認 | | 年齢確認 | |
| 発送日 | | | |