

様式第1号(第5条関係)

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

- 抗体検査の結果で抗体価が十分でなか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。

抗体価が十分でない場合・・・HI法 16倍以下、EIA法 8.0未満

- 現在妊娠していません。  
 予防接種後、2か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のみに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	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			