

大人の風しんワクチン接種券交付申請書

令和2年5月15日

（あて先）蟹江町長

申請者 住所 蟹江町西之森七丁目65番地
氏名 蟹江 花子
電話番号 0567-96-5711
被接種者との続柄（ 本人 ）

蟹江町の風しんワクチン接種事業による風しん又は麻しん風しん予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり申請します。

被接種者	住所	蟹江町西之森七丁目65番地	
	氏名	蟹江 花子	
	生年月日	昭和△△年 ○○月 □□日（☆☆歳）	
確認事項 （該当するものに○）	1	<input type="radio"/>	① 妊娠を希望している女性（経産婦・妊婦を除く）
		<input type="radio"/>	② ①の配偶者などの同居者（経産婦・妊婦を除く） （昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）
	2	<input type="radio"/>	風しん抗体検査を受け、風しんに対する免疫が不十分と判断された（裏面別表1で定める結果に該当する）
		<input type="radio"/>	※抗体検査について以下にご記入ください。
		検査日	令和2年4月16日
医療機関名	□□□クリニック		
3	<input type="radio"/>	風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）の予防接種を受けたことがない。	
	4	<input type="radio"/>	風しんにかかったことがない
備考			

全てに該当する場合のみ、接種券交付の対象となります。

※ 被接種者は、予防接種の安全性確保を目的に、医療機関から蟹江町に風しんワクチン予診票を提出されることに同意された上で、予防接種を受けることを希望しています。

《添付書類》 風しん抗体検査結果票（検査方法・抗体価がわかるもの）
ただし、令和2年4月1日以降に検査したもの。

《接種場所》

<input checked="" type="radio"/>	指定医療機関	<input type="checkbox"/>	その他の医療機関
----------------------------------	--------	--------------------------	----------