

様式第1号

## 大人の風しんワクチン接種券交付申請書

令和6年6月1日

(宛先) 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 0567-94-5666  
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 平成 〇〇年 △△月 □□日 ( ☆☆歳)	
確認事項 (該当するものに○)	<input type="radio"/>	風しん抗体検査を受けた(愛知県風しん抗体検査事業・その他)	
	<input type="radio"/>	上記の結果、抗体価が低いと判定された ・HI法でHI抗体価( )倍 ・EIA法でEIA価( )又は国際単位( )	
	<input type="radio"/>	現在妊娠中ではない	
備考	結果がわかれば記入してください。わからなければ未記入で問題ありません。		

※ 被接種者は、予防接種の安全性確保を目的に、医療機関から風しん抗体検査結果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》 申請年度内に受けた風しん抗体検査(HI法又はEIA法)の結果がわかるもの