

宛名コード

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(7-07)

成人風しんワクチン等接種費用補助券発行申込書

妊娠中の人は、接種できません。また、接種前1か月及び接種後2か月は妊娠を避ける必要があります。

| | | | | |
|---|---|----|---|---|
| フリガナ | | | | |
| 名 前 | | | | |
| 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日 |
| | | 年齢 | | 歳 |
| 住 所 | 〒□□□□-□□□□ 四日市市 | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 対象者 (いずれかに○をつけてください) | 1. 妊娠を予定または希望している女性 2. 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 | | | |
| 平成26年4月1日以降の抗体検査結果 (数値を記入し、当てはまる単位を○で囲んでください。) | 数値() 単位 倍・IU/mL・EIA価・抗体価・抗体価AI | | | |

太枠内をご記入ください

※お申し込みをされた上記の内容について、住民登録の有無、予防接種履歴等個人情報を確認させていただきます。
※お申し込みには、風しんの抗体検査結果のコピーが必要です。

送付先: 四日市市役所 健康づくり課 成人健診係

〒510-8601 四日市市諏訪町1-5

電 話: (059)354-8282

ファクス: (059)353-6385

受付印

| |
|--|
| |
|--|