

第 1 号様式（第 4 条関係）

常滑市風しんワクチン接種申請書

年 月 日

常 滑 市 長 殿

申 請 者 住 所
氏 名
電話番号

風しんワクチン接種を受けたいので、常滑市風しんワクチン接種事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、決定に際し、必要な関係書類を閲覧することに同意します。

接種希望者	女性	氏 名	
		生年月日	年 月 日
		住 所	
	男性	氏 名	
		生年月日	年 月 日
		住 所	
備考			

次の確認事項についてお尋ねします。

女性	妊娠を予定し、又は希望しますか。	はい	いいえ
	現在妊娠中又は妊娠の可能性がありますか。	いいえ	はい
	2 年以内に受検した抗体検査で風しんに対する免疫が不十分と判断されましたか。	はい	いいえ
	出産したことがありますか。	はい	いいえ
男性	妊娠を予定し、又は希望している女性の夫で、2 年以内に受検した抗体検査で風しんに対する免疫が不十分と判断されましたか。	はい	いいえ
	妊婦の夫で、2 年以内に受検した抗体検査で風しんに対する免疫が不十分と判断されましたか。	はい	いいえ

※職員記入欄：県補助対象 有・無

抗体検査日 年 月 日