

記載例

()保健所、疾病対策課 No.

奈良県風しん抗体検査申込書

※太枠に記入してください		申込み日	令和	年	月	日
ふりがな		性別	男・女			
氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)
住所	〒 市・町・村					住民票のある住所を記載して下さい。 (必ず運転免許証、住民票(発行後3ヶ月以内)、マイナンバーカード(写真付き)の写しのうちいずれかを添付して下さい。⑨保険証では受付しませ
電話番号	自宅 or 携帯 : ()-()-() ←必ずつながる番号					
該当する□に✓を記入してください						
対象者 確認	※必ず該当					
	<input type="checkbox"/> 奈良県在住の者(奈良市在住者は奈良市にお申込下さい)					
	【対象者区分】(□に✓を記入してください:男女それぞれすべての□を満たす必要があります)					
	●女性					
	<input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ <input type="checkbox"/> 妊娠中や経妊婦でない					
●男性						
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をせず、事実上婚姻関係と同様の者を含む) <input type="checkbox"/> 平成2年4月1日以前生まれ(ただし昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれは市町村事業のため対象外)						
↓ 女性または男性の✓それぞれすべてを満たす方について、下記も確認して下さい						
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、□に✓を記入してください、全て✓がある場合のみ対象です)						
<input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない						
<input type="checkbox"/> 風しんの予防接種歴がない(母子手帳等をご確認下さい)						
<input type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない						
●運転免許証(裏面に記載事項変更ある場合は裏面も必要)、住民票(発行後3ヶ月以内)、マイナンバーカード(写真付き)の表面のみの写しのいずれか1つを貼付して下さい。(住民票は裏面に貼ってください。)						
表面			裏面			
上記のとおりであることを認め、受検対象者として風しん抗体検査を希望します。						
令和 年 月 日						
自署						
<住所確認用記入欄>(※必ずこちらも記入して下さい。)					受付印	
住所						
氏名					様	