

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			
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				

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。(※保険証では受付しません)

※必ず該当

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
確認

【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

- 平成2年4月1日以前生まれ
- 妊娠中や経妊娠でない

女性または男性のいずれかの欄の2項目ともに該当しない方は対象外です。

●男性

- 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)
- 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)

- 過去に風しん抗体検査を受けたことがない
- 風しんの予防接種歴がない(母子手帳等をご確認下さい)
- 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない

3つともに該当する方のみ対象となります。

●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下さい。)

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

受付印

<住所確認用記入欄>(※必ずこちらも記入して下さい。)

住所

氏名

様