

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	〒 ー 市・町・村					
電話番号	自宅 or 携帯 : ()-()-() ←必ずつながる番号を記入してください					

該当する口に✓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(奈良市在住の者を除く。)
	【対象者区分】(口に✓を記入してください。該当する性別のすべての口を満たす必要があります) ●女性 <input type="checkbox"/> 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない ●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、記入してください
	【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、口に✓を記入してください、 <u>全て✓がある場合のみ対象です</u>) <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一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 _____

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

記入例

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 3年 9月 13日

ふりがな	なら ○○	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	奈良 ○○	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 56年 9月 12日(40歳)
住所	〒 *** - **** ○○ <input checked="" type="radio"/> 市・町・村 ○○町○○番地		
電話番号	自宅 or 携帯 : (090)-(****)-(****) ←必ずつながる番号を記入		

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(表面)の写しのうち、いずれかを下記に貼付して下さい。⑧保険証では受付できません)

該当する口に✓を記入してください

※必ず該当 奈良市在住の方は、奈良市保健予防課へ問い合わせてください。

奈良県在住の者(奈良市在住の者を除く。)

【対象者区分】(口に✓を記入してください。該当する性別のすべての口を満たす必要があります)

●女性

初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれ

妊娠中や経産婦でない

●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、記入してください

【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、口に✓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 3つすべての口に✓のある方のみ対象となります。

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

該当する性別のすべての口に✓のあ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一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
----	----

●運転免許証
(裏面に記載事項変更がある場合は裏面も)

●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

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 3年 9月 13日

自署 奈良 ○○

<返信住所確認用記入欄>(※必ずこちらも記入して下さい。)

住所 〒 *** - ****
○○市 ○○町 ○○番地

氏名 奈良 ○○ 様

受付印