

### 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	※対象外の年齢がありますので注意して下さい		
				年	月	日( 歳)
住所	〒 - (奈良市在住の方は対象外です) 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)
	<input checked="" type="radio"/> 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(平成2年4月2日生まれ以降は対象外) <input type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない <input checked="" type="radio"/> 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(平成2年4月2日生まれ以降は対象外。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。)



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

受付印
-----

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	4年	9月	1日
ふりがな	なら ○○	性別	男・ <b>女</b>		
氏名	奈良 ○○	生年月日	<b>昭和</b> ・平成	※対象外の年齢がありますので注意して下さい 58年9月10日(38歳)	
住所	〒 *** - **** (奈良市在住の方は対象外です) ○○市・町・村 ○○町○○番地		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		
電話番号	自宅 or 携帯 : (090)-(****)-(****) ←必ずつながる番				

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(平成2年4月2日生まれ以降は対象外)

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(平成2年4月2日生まれ以降は対象外。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

●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	●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 の写しのうちいずれかを貼付してください。 (㊟保険証では受付できません)	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 4年 9月 5日

自署 奈良 ○○

受付印

<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