

大人の風しん予防接種予診票発行申請書（H27）

申請日 平成 年 月 日

（あて先）太田市長

下記のとおり、大人の風しん予防接種の予診票の発行について申請いたします。
 なお、申請内容の確認に当たり、市が保有する個人情報を調査および確認することに同意します。

記

住 所	太田市 (電話番号 ー ー)	
フリガナ 申請者氏名 (被接種者)		性 別 男性 ・ 女性
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳) *対象者 H12.4.1 以前生まれ 平成 年 月 日生 (歳)	
対象者区分	<input type="checkbox"/> ①妊娠を予定または希望する女性 <input type="checkbox"/> ②現在、妊娠をしている女性の夫（パートナー） <input type="checkbox"/> ③妊娠を予定または希望する女性の夫（パートナー） <input type="checkbox"/> ④平成2年4月2日から平成12年4月1日までに生まれた人で、MR3期またはMR4期が未接種の人（1期未接種を含む） <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <女性のみ>※必ず確認してください。 <input type="checkbox"/> 現在妊娠の可能性がありません （生理が予定日より遅れている、などはありません）	

市記入欄

<input type="checkbox"/> 明らかな風しん罹患歴がない <input type="checkbox"/> 風しん予防接種を2回していない (MRも含む) <input type="checkbox"/> H25年度以降助成を受けていない	受付方法 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	発送方法 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
	接種医療機関... <input type="checkbox"/> 市内 受給証明書受理... <input type="checkbox"/> 済	受付日 平成 年 月 日 受付者