

宛名コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(7-07)

成人風しんワクチン等接種費用補助券発行申込書

妊娠中の人は、接種できません。また、接種前1か月及び接種後2か月は妊娠を避ける必要があります。

フリガナ						
名 前						
生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒□□□□-□□□□				四日市市	
電話番号						
対象者 (いずれかに○をつけてください)	1. 妊娠を予定または希望している女性 2. 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者					
平成26年4月1日以降の抗体検査結果 (数値を記入し、当てはまる単位を○で囲んでください。)	数値() 単位 倍・IU/mL・EIA価・抗体価・抗体価AI					

太枠内をご記入ください

※お申し込みをされた上記の内容について、住民登録の有無、予防接種履歴等個人情報を確認させていただきます。

※お申し込みには、風しんの抗体検査結果のコピーが必要です。

送付先: 四日市市役所 健康づくり課

〒510-8601 四日市市諏訪町1-5

電 話: (059)354-8282

ファクス: (059)353-6385

受付印