

様式 1

令和 年 月 日

(あて先) 前橋市長

麻しん・風しん抗体検査受診券 交付申請書

下記のとおり、抗体検査を受けるため申請します。

フリガナ			生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 (歳)		
氏名						
住民票上の住所	〒 前橋市					
電話番号						
希望する検査	対象区分			必要書類		
□ 麻しん抗体検査	<input type="checkbox"/>	妊娠を希望の女性		抗体検査結果※		
	<input type="checkbox"/>	【妊娠を希望する女性】の配偶者又は同居者		抗体検査結果※		
	<input type="checkbox"/>	【妊婦】の配偶者又は同居者		母子健康手帳、抗体検査結果※		
	<input type="checkbox"/>	0歳児の同居者		母子健康手帳、抗体検査結果※		
□ 風しん抗体検査	<input type="checkbox"/>	妊娠を希望の女性		抗体検査結果※		
	<input type="checkbox"/>	【妊娠を希望する女性】の配偶者又は同居者		抗体検査結果※		
	<input type="checkbox"/>	【妊婦】の配偶者又は同居者		母子健康手帳、抗体検査結果※		
※抗体検査結果は、過去に検査歴がある場合に限ります。なお、妊娠を希望する女性または妊婦の配偶者や同居者は、当該女性と一緒に申請してください。						
0歳児、妊娠希望の女性または妊婦	氏名	□ 同上	生年月日	□ 同上	年	月 日
確認事項	<input type="checkbox"/>	過去に、本事業の助成を受けたことがない。				
	検査歴	麻しん	<input type="checkbox"/>	過去に検査を受けたことはない又は、検査結果が不明		
			<input type="checkbox"/>	過去に検査を受け十分な風しん抗体価がない 検査結果(抗体価) : EIA価16.0未満		
	接種歴	風しん	<input type="checkbox"/>	過去に検査を受けたことはない又は、検査結果が不明		
			<input type="checkbox"/>	過去に検査を受け十分な風しん抗体価がない 検査結果(抗体価) : HI法16倍以下、EIA価8.0未満等		
同意事項	<input type="checkbox"/>	(平成2年4月1日以前生まれの方のみ) 検査の結果、抗体価が低いことが判明した場合、予防接種を受けることを希望します。【予診票を交付】				
	<input type="checkbox"/>	本事業の実施に必要な範囲で、市が保有する個人情報を確認することに同意します。				

収集した個人情報は本事業の目的にのみ利用し、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。