

潟上市風しん予防接種支援事業申込書

令和 年 月 日

潟 上 市 長 様

申 込 者 住 所 _____

電話番号 _____

(フリガナ)

氏 名 _____

生年月日 _____

- ・対象者の該当となるところに○をして下さい。
- ・添付書類の□にレ点をして下さい。

□抗体検査結果通知書

検査方法	当事業の対象となる結果数値
HI法	8倍未満 ・ 8倍 ・ 16倍
EIA法	陰性 ・ 判定保留 ・ 8.0未満

結果数値がHI法32倍以上、EIA法8.0以上の方は十分な抗体があるため予防接種の必要はありません。

対 象 者	添 付 書 類
① 妊娠を希望する女性	<input type="checkbox"/> 免許証等（写し） <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果通知（写し）
② ①のパートナー	<input type="checkbox"/> 免許証等（写し） <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果通知（写し）