

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) ●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 ●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 _____

| | |
|-----------------------------|-----|
| <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 6年 9月 2日 | |
| ふりがな | なら ○○ | 性別 | 男・ 女 |
| 氏名 | 奈良 ○○ | 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 59年 9月 10日(39歳) |
| 住所 | 〒 *** - **** (奈良市在住の方は対象外です) ○○ 市 ・町・村 ○○町○○番地 | | |
| 電話番号 | 自宅 or 携帯 : (090)-(****)-(****) ←必ずつながる番 | | |

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して下さい。③保険証では受付できません)

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 checked="" type="checkbox"/> 奈良県在住の者(奈良市在住の者を除く。) | 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。 |
| | 【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="checkbox"/> 女性 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 妊娠中や経産婦でない <input type="checkbox"/> 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) | 該当する性別のすべての口に✓のある方のみ対象となります。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない | 3つすべての口に✓のある方のみ対象となります。 |

↓ 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)

●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 | 裏面 |
|----|----|

●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下さい。
(③保険証では受付できません)

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 6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