様式第1号（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

風しん抗体検査・定期予防接種実施申請書

出雲市長　　　　　　　　様

申請者住所

申請者氏名

下記のとおり風しん抗体検査・定期予防接種実施の申請をします。

* 上記内容につきましては、実施機関所在地の市町村担当部署へ提供させていただくことがありますのでご了承ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　 　 名 | （フリガナ） | | |
| 生 年 月 日 | 昭和　　　年　　　月　　　日生　　（満　　　歳） | | |
| 住　　　所 | 出雲市 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 申請理由  （○をつけてください） | | １　出雲市からのクーポン券送付前に受検・接種を希望するため  ２　実施希望機関が集合契約に参加していないため | | |
| 実施希望機関 | | ①抗体検査  所 在 地  医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | |
| ②予防接種  所 在 地  医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | |
| 出雲市記入欄 | | 受理日： | 対応者 |  |
| □本人確認書類 |
| □生活保護世帯であることの証明 |