

# 風しん抗体検査及び予防接種クーポン券申請書

(対象者:昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性)

福井市長 様

下記のとおり、申請します。

また、不正な使用(第三者への譲渡・重複使用など)をしないことに同意します。

※ 太枠内をボールペンでご記入ください

		申請日	年	月	日
抗体検査と 予防接種を 受ける人	フリガナ				
	氏名				
	住所	福井市			
	生年月日	昭和	年	月	日 年齢:( )
	電話番号	(自宅) (携帯)			
申請者  (受ける人と異なる場合、記載してください)	[氏名]			[続柄]	
	[住所]			[電話]	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> チェック 該当する項目にチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 交付 ( 転入 ・ その他 (理由 ) ) <input type="checkbox"/> 再交付 ( 紛失 ・ 破損 ・ その他 (理由 ) )				
検査状況	<input checked="" type="checkbox"/> チェック 次のいずれかにチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 抗体検査を受けていない(検査を受けたかどうか不明) <input type="checkbox"/> 抗体検査の結果風しんの予防接種対象で、まだ予防接種を受けていない				
福井市確認欄		システム履歴		発行者	

※ ご記入後は、福井市健康管理センター(城東または清水)にご提出ください。