

様式第1号（第5条関係）

令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種受診券申請書

年 月 日

庄内町長 宛

申請者 住所
氏名
電話

風しん抗体検査及び予防接種を受けたいので、令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

フリガナ	
予防接種等希望者氏名	
住所	
生年月日	年 月 日
対象区分	1 妊娠を希望している女性 2 妊娠を希望している女性の夫及び同居者 3 妊婦の夫及び同居者 (2又は3の場合は、妊婦（希望者）)
予防接種歴	有（ 回） ・ 無 ・ 不明
風しん罹患歴	有 ・ 無 ・ 不明
抗体検査歴	有 ・ 無 ・ 不明
添付書類	1 妊娠を希望している女性の夫及び同居者の場合は、当該女性の抗体検査の結果の写し 2 妊婦の夫及び同居者の場合は、当該妊婦の抗体検査の結果の写し
備考	

同意書

令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種実施要綱に定める対象者の要件を審査するため、私及び私の世帯員の住民記録を閲覧することに、同意します。

年 月 日

申請者 住所
氏名