

浦安市麻しん・風しん予防接種申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長 内田 悦嗣

私は、浦安市麻しん・風しん予防接種事業実施要綱第2条に規定する対象者に該当し、麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）の予防接種を受けたいので、浦安市麻しん・風しん予防接種事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請者（予防接種を受ける者）

氏 名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 月 日（ _____ 歳）

住 所 浦安市 _____

連絡先電話番号 _____（ _____ ）

2 申請区分（いずれかを○で囲んでください。）

(1) 妊娠を予定し、又は希望している女性

(2) (1)に掲げる女性の夫又は妊娠している女性の夫

3 接種歴 これまでに麻しん・風しんの予防接種をしたことがありますか。

ある ない

・麻しん風しん混合（MR）（ _____ 年 月 日）

・麻しん（ _____ 年 月 日）

・風しん（ _____ 年 月 日）

4 今までに麻しん・風しんにかかったことがありますか。

・麻しん ある ない ・風しん ある ない

※麻しん又は風しんの抗体価が低下していると思われる者として申請する場合にあっては、抗体価を示す書類（検査結果のコピー等）を添付してください。