

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

委託外医療機関風しん抗体検査・予防接種申込書

令和 年 月 日

（宛先）栃木市長

委託外医療機関において風しんの（抗体検査・予防接種）を受けたいので、栃木市風しん予防対策事業実施要綱（第 5 条第 1 項・第 7 条第 1 項）の規定により次のとおり申し込みます。

なお、（抗体検査・予防接種）について必要な情報があるときは、市がその情報を委託外医療機関に問い合わせること及び提供することに同意します。

抗体検査・ 予防接種申 込者	ふりがな 氏名	(自署しない場合は、記名押印してください。)	
	住所		
	電話番号		
接種を希望する 医療機関	名称		
	所在地		
抗体検査・予防 接種の種類	(該当する番号を○で囲んでください。) 1 風しん抗体検査 2 風しん予防接種 3 麻しん風しん混合予防接種		
委託外医療機関 で接種を希望す る理由			