様式第１号（第８条関係）

【熊本市】風しんの抗体検査及び第５期定期接種申込書

太枠の中に必要事項を記入し、窓口、郵送、FAX により下記申込み先へ申し込んでください。

【申込日】	令和　　年　　月　　日
フリガナ 【氏名】	昭和　　年　　月　　日生（　　歳）
【住所】〒　　－　　熊本市　　区	
【電話番号】自宅　　－　　－　　携帯電話　　－　　－	

■下記の項目について、「はい」または「いいえ」に○をつけてください。		
・現在、熊本市に住民登録がありますか。	はい	いいえ
・昭和 37 年４月２日～昭和 54 年４月１日の間に生まれた男性ですか。	はい	いいえ

■申し込みの理由について該当するものに○をつけてください。
※その他の場合は、理由を記載願います。

	本年度はクーポン券が送られてきていない。
	新たに熊本市に転入した。
	クーポン券を紛失した。
	その他（理由：　　）

【注意事項】申請にあたり、以下に同意したものとみなします。
- 予防接種の有無、抗体検査の有無および市内に居住していることについて、必要があれば、熊本市の保有する情報により確認します。
- この検査及び定期接種は、集合契約に基づく全国の医療機関及び健診機関に委託して実施され、結果が国保連合会を通じて熊本市に報告されます。

【申込み先】　熊本市保健所　感染症対策課　FAX：096-371-5172（TEL096-364-3189）
〒862-0971　熊本市中央区大江５丁目１－１ウェルパルくまもと４階

熊本市記入欄	受付日　令和　　年　　月　　日	可　・　否	担当：

※ご自宅以外への送付を希望される方は
右に送付先を御記入ください。

〒　　－
（住所）

（氏名）　　様