

(第2号様式)

## 風しん抗体検査依頼書交付申請書

年 月 日

郡山市長

申請者 住所  
氏名

下記のとおり、市外の医療機関または保健所で風しん抗体検査を受けることを希望します。風しん抗体検査依頼書の交付を申請します。

記

検査を受ける者 (受検者)	住 所	郡山市
	電 話 番 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
<b>【対象区分の確認】</b> アからウのどれかひとつに○を付けてください。 ア 私（受検者）は、妊娠を希望する女性である。 イ 私（受検者）は、妊娠を希望する女性の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い方）である。 ウ 私（受検者）は、風しん抗体価が低い妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い方）である。 イ、ウの例：配偶者、パートナーなど		
市外で検査する理由		
滞 在 先	住 所	郵便番号 ー 様方
	電 話 番 号	
依頼書郵送先住所		郵便番号 ー 様方
備 考		