

令和6年度

風しん予防接種申込書

乳児の先天性風疹症候群を予防するために下記の対象者に風しん予防接種の助成を行います。

新郷村に住所のある方で

- 対 象 者**
- ◎ 妊娠を希望する女性
 - ◎ 妊娠を希望する女性の同居家族
 - ◎ 風しん抗体価が低い妊婦の同居家族

- ※ 抗体検査を受けて頂き、抗体価が低い方に風しん予防接種を行います。
- ※ 抗体価検査の結果がでるまで3日～4日かかります。

料 金	無 料
実 施 場 所	新 郷 診 療 所
受 付 時 間	月・火・木・金曜日：午前9時～11時30分、午後1時～4時 水曜日：午前9時～11時 土曜日：午前9時～10時

* 希望日の2日前までに診療所に電話で連絡をしてください。

問合せ先：厚生課（保土沢）電話 61-7555
新郷診療所 電話 78-3111

..... キ リ ト リ セ ン

風しん予防接種申込書

氏 名	生年月日	住 所	電話番号
(例) 新郷太郎	平成11年4月10日	戸来字金ヶ沢坂ノ下17-1	78-1111