

風しんの追加的対策（風しん抗体検査・風しん第5期定期予防接種）におけるクーポン券発行申出書

私は、下記のとおり風しんの追加的対策の対象者（※）であるため、クーポン券の発行を申し出ます。

※対象者：昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性

1. 生年月日：昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 氏 名： \_\_\_\_\_

3. 住 所：鈴鹿市 \_\_\_\_\_

4. 連 絡 先： \_\_\_\_\_

申出書送付先

〒513-0809 三重県鈴鹿市西条五丁目118番地の3 鈴鹿市地域医療推進課

TEL：059-382-9291 FAX：059-384-5670