

(様式第1号)

令和 年 月 日

福井県知事 杉本達治 様

医療機関 名 称

代表者

福井県風しん抗体検査実施要綱に定める
協力医療機関となることについての承諾書

当院は、下記事項を理解し、福井県風しん抗体検査実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づく風しん抗体検査の実施機関（以下「協力医療機関」という。）となることを承諾します。

記

- 1 実施要綱に基づき、当該事業を適正に実施します。
- 2 風しんの抗体価が低い者に対して、検査結果および風しん予防対策の必要性について、適切に説明します。
- 3 本人の希望の下、風しんの予防接種を適正に実施します。
- 4 実施要綱に基づく協力医療機関を広く県民に周知するため、当院の名称・所在地・連絡先・受付窓口が公表されることに同意します。

名 称	
所 在 地	(〒 -)
連 絡 先	TEL () - FAX () - E-mail
受入可能な 対象者 (○を付ける)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) (1)の配偶者などの同居者 (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者
受付窓口 (部署名)	

【提出先】

福井県健康福祉部健康医療局保健予防課
FAX：0776-20-0643