

(様式2)

受診券番号	
-------	--

風しん抗体検査受診券

氏名 _____ 様

【実施場所】「風しん抗体検査医療機関名簿」のとおり
(風しん抗体検査医療機関名簿は県庁ホームページ等でご確認下さい。)

【受診方法】・ご希望の医療機関にお電話でご予約いただき、指定日に受診してください。
・検査結果は、医療機関から申込書に記載された住所に郵送されます。
(結果がでるまでに1週間程度かかります。)

【有効期限】令和3年(2021年)3月31日(水)

【費用】無料/必ず以下の3点をご持参下さい。
①この受診券(様式2)
②風しん抗体検査結果通知書(様式3)
③健康保険証や免許証などの身分証明書

発行元

検査医療機関長 様

○上記の者に対し、健康保険証や免許証などの身分証明書で本人確認を行ったうえで、風しん抗体検査を実施して下さい。

○検査結果については、風しん抗体検査結果通知書(様式3)により、受検者に郵送にて通知願います。

○検査実績については、月ごとにとりまとめ、県医師会事務局に報告していただきますようお願いいたします。報告様式及び報告期限については、県医師会事務局の指示を受けてください。

【風しん抗体検査事業に関する問い合わせ先】

熊本県健康危機管理課	電話	096-333-2240
------------	----	--------------