御中

（医療機関・健診機関宛て）

**健診の機会に風しん抗体検査を希望しています**

　健診の機会に対象の従業員がクーポン券を利用して無料で風しん抗体検査を受けられるように、ご調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。

記入例

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 | 厚生労働省（本省） |
| 担当部署名 | 厚生労働省健康局 |
| 担当者名 | 労働　一郎 |
| 電話番号 | 03-3595-3287 |
| メールアドレス | xxxxxxx@mhlw.go.jp |
| 対象職員数 | 　２００　人程度 |
| 抗体検査の結果の通知（事業場への通知を希望しない従業員がいないか、実施の案内等の際にご確認ください。） | □ 本人にのみ通知☑ 本人及び事業場に通知 |
| 予防接種が必要と判明した者（陰性者）に対する予防接種 | ☑ 検査と同様に集団接種の実施を希望□ 職場近辺の医療機関の紹介を希望□ 両方□ その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考欄（自由にご記載ください） |  |

ご確認後、上記連絡先までご連絡をお願いいたします。

御中

（医療機関・健診機関宛て）

**事業場内で集団の風しん抗体検査を希望しています**

　事業場内の対象の従業員がクーポン券を利用して無料で集団の風しん抗体検査を受けられるように、ご調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。

記入例

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 | 厚生労働省（本省） |
| 担当部署名 | 厚生労働省健康局 |
| 担当者名 | 厚生　太郎 |
| 電話番号 | 03-3595-3287 |
| メールアドレス | xxxxxxx@mhlw.go.jp |
| 対象職員数 | 　２００　人程度 |
| 希望する集団検査の時期等 | 【時　期】2022年５月中旬～下旬【時間帯】午前中で１日に１～２時間程【日　数】平日５日間程度 |
| 集団検査の場所等 | □ 事業場内の診療所等☑ 事業場内の会議室等（約　60　m2）□ 場所なし（健診バスなどの手配が必要） |
| 事業場の職員のサポート等 | ☑ 産業医☑ 保健師又は看護師□ 事務職員□ その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 抗体検査の結果の通知（事業場への通知を希望しない従業員がいないか、実施の案内等の際にご確認ください。） | □ 本人にのみ通知☑ 本人及び事業場に通知 |
| 予防接種が必要と判明した者（陰性者）に対する予防接種 | ☑ 検査と同様に集団接種の実施を希望□ 職場近辺の医療機関の紹介を希望□ 両方□ その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考欄（自由にご記載ください） |  |

ご確認後、上記連絡先までご連絡をお願いいたします。