**医療機関・健診機関に御相談する際の様式（例）**

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職員がクーポン券を利用して無料で風しんの抗体検査を受けられるように、御調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。

**記入例**

|  |  |
| --- | --- |
| 府省等名 | 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 | □ 本人にのみ通知☑ 本人及び府省等に通知 |
| 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）

**職場内で集団の風しん抗体検査を希望しています**

　府省の対象の職員がクーポン券を利用して無料で集団の抗体検査を受けられるように、御調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。

**記入例**

|  |  |
| --- | --- |
| 府省等名 | 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 | □ 職場の診療所等☑ 職場の会議室等（約　60　m2）□ 場所なし（健診バスなどの手配が必要） |
| 府省等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 | □ 本人にだけ伝達☑ 本人及び府省等に伝達 |
| 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。