北海道 保健福祉部 感染症対策局 感染症対策課にご提出願います。
(FAX : 011-206-0732)

令和7年度（2025年度）北海道風しん抗体検査事業 参加届出書

令和7年度北海道風しん抗体検査事業が実施された場合、協力医療機関として事業に参加いたします。

年 月 日

医療機関名	(ご担当者名 :)
医療機関住所	(〒 -)
電話番号	

留意事項

- ・本届出書を提出いただいた場合には、事業の実施が決まり次第、北海道風しん抗体検査事業の協力医療機関として北海道のホームページ等で公表いたします。
- ・検査費用が事業の補助上限額を超える場合、超過額は事業対象者の自己負担となります。
- ・札幌市、函館市、小樽市及び旭川市の4市の以外の道内自治体にお住まいの事業対象者が、4市に所在する医療機関で検査を受けた場合も対象となります。

提出締め切り：令和7年4月25日（金）

※締め切り以降も随時受け付けいたします。