

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

## 令和6年度北海道風しん抗体検査事業 参加届出書

令和6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されます。

また、風しん抗体検査を下記の検査料の範囲で実施いただき、対象者から費用を受領することに同意されたこととなりますので了知願います。

札幌市、函館市、小樽市及び旭川市内の医療機関が道内の4市を除く他自治体住民に対して実施する場合も本事業の対象となります。

### 記

検査料	E I A法	6, 7 5 0円
	H I法	5, 4 8 0円

提出締め切り: 令和6年4月12日(金)

※締め切り以降も随時受け付けます。