

東近江市長 様

申請者 住所  
 氏名 (自署があれば押印不要) 印  
 電話 ( ) -

令和6年度広域外医療機関における予防接種申請書

標記の件につきまして、下記のとおり申請します。 ※太枠のみ記入してください。

住 所	
被接種者氏名	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
保護者氏名	
電話番号	( ) -
予防接種の種類	※ 希望する予防接種及び回数に○で囲むこと。 ・ ロタウイルス 1価ロタリックス [ 1回目・2回目 ] ・ BCG ・ ロタウイルス 5価ロタテック [ 1回目・2回目・3回目 ] ・ Hib感染症 [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ・ B型肝炎 [ 1回目・2回目・3回目 ] ・ 小児用肺炎球菌 [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ※ _____ 価 ・ 5種混合 (DPT-IPV-Hib) [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ・ 4種混合 (DPT-IPV) [ 1回目・2回目・3回目・追加 ] ・ 3種混合 (DPT) [ 回目 ] ・ 不活化ポリオ [ 回目 ] ・ 2種混合 (DT) ・ 水痘 [ 1回目・2回目 ] ・ 麻しん風しん混合 (MR) [ 1期・2期 ] ・ 麻しん [ 期 ] ・ 風しん [ 期 ] ・ 日本脳炎 [ 1回目・2回目・追加・2期 ] ・ ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症2価・4価 [ 1回目・2回目・3回目 ] ・ ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症9価 [ 1回目・2回目・3回目 ] ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者の肺炎球菌 ・ 高齢者の新型コロナウイルス
接種を希望する理由	※ 該当する項目に○で囲むこと。 ( ) 県外にかかりつけの医療機関がある ( ) その他 (理由: )
希望する医療機関	

※↓担当部署記入欄

受付印	確認事項
上記のとおり申請を 収受しました  (担当者 )	※ 項目に☑し、該当する箇所記入又は○で囲むこと。 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳確認 <input type="checkbox"/> 健康管理システム ( 確認済・入力済 ) <input type="checkbox"/> 交付書類等 ・ 予診票 ( ) ( 申請書写し ・ 実施方法 ・ 請求書 ・ 実施報告書 ) <input type="checkbox"/> 接種時の持ち物説明済 <input type="checkbox"/> 接種期限の確認 (令和 年 月 日)