

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) |