

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 2 年度 広域外医療機関における予防接種の申請について

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	明治 ・ 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	<p>※ 希望する予防接種および回数に○を付けること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ヒブ [1回目・2回目・3回目・追加]      ▪ B型肝炎 [1回目・2回目・3回目]</li> <li>▪ 小児用肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目・追加]      ▪ BCG</li> <li>▪ 4種混合 (DPT-IPV) [1回目・2回目・3回目・追加]</li> <li>▪ 3種混合 (DPT) [      回目]      ▪ 不活化ポリオ [      回目]</li> <li>▪ 2種混合 (DT)      ▪ 水痘 [1回目・2回目]</li> <li>▪ 麻しん風しん混合 (MR) [1期・2期]      ▪ 麻しん [      期]      ▪ 風しん [      期]</li> <li>▪ 日本脳炎 [1回目・2回目・追加・2期]</li> <li>▪ 子宮頸がん予防 [1回目・2回目 3回目]</li> <li>▪ 高齢者インフルエンザ      ▪ 成人用肺炎球菌</li> </ul>
接種を希望する理由	<p>※ 該当する項目に○印を付けること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県外にかかりつけの医療機関がある</li> <li>・ その他 (      )</li> </ul>
接種医療機関 医療機関の長	(電話 — — )

※ ↓ 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 )	<p>※ 項目に☑し、該当する箇所に記入又は○印で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 母子手帳確認</li> <li><input type="checkbox"/> 健康管理システム ( 依頼書送付後必ず入力すること )</li> <li><input type="checkbox"/> 交付書類等 ・ 予診票 (      )</li> <li>・ 依頼書及び別紙 ・ 見積書 ・ 請求書 ・ 実施報告書 ・ 返信用封筒</li> <li><input type="checkbox"/> 接種時の持ち物説明済      <input type="checkbox"/> 接種期限の確認</li> </ul>