

東近江市長 様

申請者 住所

氏名 印
(自署があれば押印不要)

電話 () —

令和 2 年度 滋賀県予防接種広域化事業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	<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"> ▪ 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] ▪ 小児用肺炎球菌 [1 回目・2 回目・3 回目・追加] ▪ BCG ▪ 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] ▪ 子宮頸がん予防 [1 回目・2 回目 3 回目] ▪ 高齢者インフルエンザ ▪ 成人用肺炎球菌
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"> ・ 市外にかかりつけの医療機関がある ・ その他 ()
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 收受しました (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"> <input type="checkbox"/> 母子手帳確認 <input type="checkbox"/> 健康管理システム (確認のみ ・ 入力済) <input type="checkbox"/> 交付書類等 ・ 予診票 () (・ 実施方法 ・ 請求書 ・ 実施報告書 ・ 返信用封筒 ・ 申請書写し) <input type="checkbox"/> 接種時の持ち物説明済 <input type="checkbox"/> 接種期限の確認