

令和 年 月 日

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3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、以下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
保護者等氏名	
電 話 番 号	( ) -
予防接種の種類	<p>&lt;希望する予防接種および回数に○を付けること。&gt;</p> <p>*ロタウイルス〔1回目・2回目・3回目〕 ※ロタワクチン種類： _____</p> <p>*ヒブ〔1回目・2回目・3回目・追加〕</p> <p>*小児用肺炎球菌〔1回目・2回目・3回目・追加〕</p> <p>*B型肝炎〔1回目・2回目・3回目〕 *BCG</p> <p>*四種混合(DPT-IPV)〔1回目・2回目・3回目・追加〕</p> <p>*三種混合(DPT)〔 回目〕 *不活化ポリオ〔 回目〕</p> <p>*水痘〔1回目・2回目〕 *麻しん〔 期〕</p> <p>*麻しん風しん混合(MR)〔1期・2期〕 *風しん〔 期〕</p> <p>*日本脳炎〔1回目・2回目・追加・2期〕 *2種混合(DT)</p> <p>*子宮頸がん予防〔1回目・2回目 3回目〕</p> <p>*高齢者インフルエンザ *成人用肺炎球菌</p>
接種を希望する理由	<p>※以下、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> <p><input type="checkbox"/> 母子手帳確認</p> <p><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 )</p> <p><input type="checkbox"/> 交付書類等 ・ 予診票 ( )</p> <p>・ 依頼書及び別紙 ・ 見積書 ・ 請求書 ・ 実施報告書 ・ 返信用封筒</p> <p><input type="checkbox"/> 接種時の持ち物説明済 <input type="checkbox"/> 接種期限の確認</p>

