

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3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	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>※ 希望する予防接種及び回数に○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ロタウイルス [1回目・2回目・3回目] (令和2年8月1日以降出生児に限る・接種日：令和2年10月1日以降) ・ 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○で囲むこと。</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 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○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 母子健康手帳確認 <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