

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7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	※ 希望する予防接種及び回数に○で囲むこと。 ・ ロタウイルス (ロタリックス RV1) [1回目・2回目] ・ BCG ・ ロタウイルス (ロタテック RV5) [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] ・ 五種混合 (DPT-IPV-Hib) [1回目・2回目・3回目・追加] ・ 四種混合 (DPT-IPV) [1回目・2回目・3回目・追加] ・ 三種混合 (DPT) [回目] ・ 単独ポリオ (IPV) [回目] ・ 二種混合 (DT) [2期] ・ 水痘 [1回目・2回目] ・ 麻しん・風しん混合 [1期・2期] ・ 麻しん単抗原 [期] ・ 風しん単抗原 [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 ・ 高齢者肺炎球菌感染症 ・ 高齢者新型コロナ ・ 高齢者帯状疱疹 (ビケン) ・ 高齢者帯状疱疹 (シングリックス) [1回目・2回目]
接種を希望する理由	※ 該当する項目に○で囲むこと。 () 市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)

※医療機関 様 こちらの申請書写しは、申請があったことをお伝えするためのものです。
接種前に、母子健康手帳などで接種の可否を確認いただきますようお願いいたします。