

令和 年 月 日

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7年度 広域外医療機関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 ・ 高齢者带状疱疹（ビケン） ・ 高齢者带状疱疹（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。 () 県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。 ☐ 母子健康手帳確認 ☐ 健康管理システム (確認済・入力済) ☐ 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) ☐ 接種時の持ち物説明済 ☐ 接種期限の確認 (令和 年 月 日)