

滋賀県予防接種広域化事業申請書

令和 年 月 日

守山市長あて

申請者 住所 :

氏名 :

被接種者との続柄 :

電話番号 :

個人情報保護に関する説明を読み、同意した上で、下記の医療機関において予防接種を受けたいので申請します。

被接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	滋賀県守山市			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者		生年 月日	年 月 日生 (歳 か月)	
	氏名	<input type="checkbox"/> 同じ				
保護者 <u>※被接種者 者が16歳 未満の場 合に記入</u>	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者		電話	<input type="checkbox"/> 申請者 番号	()
	氏名	<input type="checkbox"/> 同じ			<input type="checkbox"/> 同じ	-
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
希望する 予防接種 <u>※該当す る予防接 種にチェックを、 接種回数 に○をして ください。</u>	<input type="checkbox"/> B 型 肝 炎		1回目	2回目	3回目	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス		ロタリックス	1回目	2回目	
	感染症		ロタテック	1回目	2回目	3回目
	<input type="checkbox"/> B C G					
	<input type="checkbox"/> ヒ ブ 感 染 症		【 1回目 2回目 3回目】			1期追加
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症		【 1回目 2回目 3回目】			1期追加
	<input type="checkbox"/> 五 種 混 合	<input type="checkbox"/> 四 種 混 合	【 1回目 2回目 3回目】			1期追加
	<input type="checkbox"/> 二 種 混 合 (D T)					
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)					
	<input type="checkbox"/> 水 痘					
	<input type="checkbox"/> 日 本 脳 炎					
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症					
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症					
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹					
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ					
	<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナワクチン					
接種を受ける場所	医療機関名または施設名					

(担当課確認欄)

確認相手方	確認方法	確認事項	受付者
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 住民票の有無	
<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年齢	
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 予防接種歴	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 実施場所の広域化事業参画の有無	

滋賀県予防接種広域化事業にかかる個人情報の取り扱いについて

守山市では、みなさまのプライバシー(権利擁護)を守るために、個人情報の保護に関する法律等に基づき、個人情報の取扱いおよび管理等を行っております。

つきましては、次の内容をご一読いただき、同意していただいた上で「滋賀県予防接種広域化事業申請書」にご記入いただきますよう、お願ひいたします。

「滋賀県予防接種広域化事業申請書」は守山市が保管します。

なお、みなさまの大切な個人情報の取り扱いにつきましては、「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」、「守山市個人情報の保護に関する法律施行条例」等の規定に基づき、適切に個人情報を管理します。