

見本

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：

申請者と同じ場合は
チェック

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。

住民登録されている
住所を記入してくだ
さい。

接種する本人の
名前・生年月日等を記入
してください。

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"/> 申請者と同じ			
氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			月 日生
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			歳 か月)
保護者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			()
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	番号	と同じ	-
※被接種者が16歳未満の場合に記入	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			

希望する 予防接種	<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 感染症	ロタリックス	1回目	2回目		
		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(DT)		2期			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)		1期	2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘		1回目	2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		1回目	2回目	1期追加	2期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症		1回目	2回目		
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症					
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ						

該当するもの
全てにチェック

接種を受ける場所	医療機関名または施設名
----------	-------------

医療機関・施設に「滋賀県予防接種広域化事業」を実施しているかを、医療機関・施設またはすこやか生活課に確認してから記入。

(担当課確認欄)

確認相手方	確認方法	確認事項	交付者
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 住民票の有無	

※ こちらの箇所は記入しないでください。

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、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、お願いいたします。

「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。