

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"/> 申請者と同じ	生年 月日	令和 年 月 日生 (歳 か月)			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
保護者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話 番号	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	()		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			-		
※被接種者が16歳未満の場合に記入							
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	3 回目		
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症							
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ							
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、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。