

守山市長あて

申請者 住所：守山市●●町▲▲番地

氏名： 守山 花子

被接種者との続柄：本人

電話番号：●●●●-△△△-●●●●

申請者と同じ場合は  
チェック

個人情報保護に... 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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	滋賀県守山市				
	フリガナ			生年月日	平成▲年 ▲月 ▲日生 ( ● 歳 か月)		
保護者 ※被接種者が16歳未満の場合に記入	フリガナ			電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	( ) -	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
希望する予防接種  ※該当する予防接種にチェックを、接種回数をしてください。	<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		【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"/> 麻疹風疹混合(MR)		1期 2期				
	<input type="checkbox"/> 水痘						
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			1期追加	2期		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症			3回目			
	<input checked="" type="checkbox"/> RSウイルス感染症		RSウイルスに ✓してください。				
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症						
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (□ビケン □シングリックス筋注用 ( 1回目 ・ 2回目 ))						
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ (□標準量 □)							
<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナワクチン							
<input type="checkbox"/> その他 (							
接種を受ける場所	医療機関名または施設名 <b>ABC 産婦人科</b>						

接種を受ける医療機関が「滋賀県予防接種広域化事業」を実施しているかを、医療機関か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	受付者	
<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 申	こちらは、記入しないでください。			
	( )	実施場所が広域化事業実施区域外		

## 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。