

予防接種実施医療機関等変更届

令和 年 月 日

大阪市長 様

医療機関コード
 名称
 所在地 〒 _____
 電話番号
 開設者又は
 代表者の氏名

次のとおり変更します。

		変更前 (変更点のみ記入)	変更後 (変更点のみ記入)
ふりがな 名称			
ふりがな 所在地		〒 _____	〒 _____
電話番号			
ふりがな 開設者又は 代表者氏名			
振込先 口座	振込先銀行	銀行 支店	銀行 支店
	預金種別	普通 ・ 当座	普通 ・ 当座
	ふりがな 口座名義		
	口座番号		
届出印 〔届出印は契約時の印。銀行印ではありません。〕			

次表の「実施欄」に届出以降、実施するもの全てに○印、実施しないもの全てに×印をしてください。

実施欄	実施する予防接種の種類	実施欄	実施する予防接種の種類
	百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎(ポリオ)混合		小児用肺炎球菌
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合		子宮頸がん予防
	ジフテリア・破傷風混合		水痘
	急性灰白髄炎 (ポリオ)		B型肝炎 (小児)
	麻しん風しん混合		インフルエンザ (高齢者)
	麻しん		高齢者用肺炎球菌 (高齢者)
	風しん		ロタリックス
	日本脳炎		ロタテック
	ヒブ		

※ 本市では各種予防接種について、ホームページや紙媒体で接種可能な実施医療機関の一覧表を掲載しています。掲載の希望についてどちらかを○で囲んでください。

・医療機関一覧表 (ホームページ・紙媒体) への掲載を〔 希望する ・ 希望しない 〕