

予防接種実施医療機関等変更届

別紙4

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	銀行コード				銀行コード			
		銀行				銀行			
		支店コード				支店コード			
		支店				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
	日本脳炎		百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎(ポリオ)混合
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合		高齢者用肺炎球菌（高齢者）
	風しん		水痘
	麻しん		B型肝炎（小児）
	ジフテリア・破傷風混合		ロタリックス
	麻しん風しん混合		ロタテック
	インフルエンザ（高齢者）		百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎(ポリオ)・ヒブ混合
	小児用肺炎球菌		新型コロナウイルス (※取扱うワクチンメーカーについて○印をしてください。)
	ヒブ		ファイザー
	子宮頸がん予防		第一三共
	急性灰白髄炎（ポリオ）		Meiji Seika ファルマ
			モデルナ
			武田薬品工業

※ 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 〕