

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									

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		ロタリックス
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合		ロタテック
	風しん (小児)		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
	麻しん (小児)		带状疱疹 (生ワクチン) (高齢者)
	ジフテリア・破傷風混合		带状疱疹 (組換えワクチン) (高齢者)
	麻しん風しん混合		風しん第5期 (麻しん風しん混合・風しん)
	インフルエンザ (高齢者)		新型コロナウイルス
	小児用肺炎球菌		RSウイルス
	ヒブ		
	子宮頸がん予防		
	急性灰白髄炎 (ポリオ)		
	高齢者用肺炎球菌		
	水痘 (小児)		
	B型肝炎 (小児)		

※ 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]