（医師会員以外・市外医療機関用）

別紙１の（２）-１

予防接種医療機関実施申込書

令和　　年　　月　　日

大阪市契約担当者

大阪市　健康局長　様

（実施医療機関）

所在地

名　称

氏名又は代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人の所在地・名称が上記と異なる場合）

所在地

名称

氏名又は代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

予防接種法第５条及び第６条の規定に基づき大阪市が実施する予防接種の業務に関する予防接種実施医療機関に申し込みます。なお、関係法令・貴市関係規定およびホームページ記載の契約条項に従い契約を履行します。

ただし、実施する予防接種の種類は、次のとおりとします。

（実施欄に、実施するものについては○を、実施しないものについては×をそれぞれ記入する。）



※ 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〇で囲んでください。

・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