予防接種実施医療機関等変更届

**（案）**

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。 | |  |  |

下記の□にレ印をつけ、研修会の受講日をご記入ください。

**□　BCG予防接種を実施します。（研修会　令和　　年　　月　　日受講済み）**

**※ 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。**

□BCGのみ希望しない

□全ての予防接種を希望しない

**・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**

**※ コッホ現象への対応可否について〇で囲んでください。　　　　　　　　　　　　　　可　・　不可**

**（「可」の場合、以下１～３についてご回答ください）**

**１．実施ができるものを〇で囲んでください。　　　　　ツベルクリン反応検査・精密検査・診断・治療**

**２．他の医療機関から依頼があった際に、実施可能なものを〇で囲んでください。**

**ツベルクリン反応検査・精密検査・診断・治療**

**３．２について他の医療機関への情報提供の可否について〇で囲んでください。　　　　可　・　不可**