

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。〕			

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○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〕
 BCGのみ希望しない
 全ての予防接種を希望しない

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