

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。)

実施欄	実施する予防接種の種類	単価	
		接種料	見合わせ料
	BCG	11,781円	4,191円

1. 大阪市では各種予防接種について、市の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おります。医療機関一覧表への掲載の希望についてどちらかを○で囲んでください。

〔 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) 〕

2. 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についてもご回答ください)

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 〕