

(1) 医療機関名・住所・代表者役職・代表者氏名は、契約書に記載します。

R8.4.1 時点の情報を、ご記入ください。

予防接種医療機関コード	
(法人名・) 医療機関名	
住 所	〒 神戸市
代表者 (契約者)	役職： 氏名：
電話番号	
記入者名	

(2) 契約方法 (該当に○)

※メールアドレスがある場合、電子契約の利用にご協力ください。

電子契約 (※裏面も要記載) ・ 紙での契約

(3) 市ホームページへの掲載

※○の場合、各区分の実施するすべての
予防接種を掲載します(一部のみは不可)

掲載可 (小児定期 ・ 高齢者定期 ・ 独自助成) ・ 掲載不可

(4) R8.4.1 以降に実施する予防接種に“○”、実施しない予防接種に“×”を記入してください。

定期接種	ロタウイルス		市独自助成	風しん	
	ヒブ			おたふくかぜ	
	小児肺炎球菌			小児インフルエンザ(6 カ月～6 歳：未就学児)	
	B 型肝炎			小児インフルエンザ (7～12 歳)	
	五種混合			小児肺炎球菌	
	B C G		行政措置	B 型肝炎	
	MR 1 期			B C G	
	MR 2 期			MR	
	水痘			麻しん	
	日本脳炎 1 期			風しん	
	日本脳炎 2 期			水痘	
	ジフテリア・破傷風			日本脳炎	
	不活化ポリオ			ヒトパピローマウイルス	
	ヒトパピローマウイルス (定期)			高齢者肺炎球菌	
	風しん 5 期			破傷風	
	R S ウイルスワクチン			おたふくかぜ	
	高齢者肺炎球菌			三種混合	
	高齢者带状疱疹			インフルエンザ (6 カ月～64 歳)	
	高齢者インフルエンザ				
	高齢者新型コロナワクチン				

RSウイルスワクチン(定期接種)を実施する場合

予診票の送付希望枚数にチェックをつけてください。(チラシは予診票希望枚数と同数送付します)
下記枚数で不足する場合、市ホームページより取り寄せてください。(受付開始：3月中旬予定)

☐ 50枚

☐ 100枚

☐ 200枚

※前年度までにすでに提出済の医療機関も、契約の都度、提出が必要です※

※必ず Email でご提出ください

神戸市宛

令和 年 月 日

電子契約システム利用確認書

神戸市と電子契約するにあたり、契約締結事務責任者には適法かつ有効に代理権が授与されていること、契約締結事務責任者になりすまして契約同意操作されないことを確認したうえで、以下の通り届け出ます。

契約件名：予防接種の実施に関する契約

(任意) 契約締結事務担当者

メールアドレス

(必須) 契約締結事務責任者 役職

氏名

メールアドレス

※ご記入のメールアドレスに契約書内容と契約同意操作ページの URL リンク（パスワード不要）が届くため、以下を確認の上、ご記載ください。

- ・個人のプライベートなメールアドレスではないこと。
- ・契約締結事務責任者のメールアドレスは、契約締結事務責任者以外の者が契約同意操作出来るもの（例：グループアドレス等）ではないこと。

(代表者)

住所

法人名

代表者職氏名

(個人の場合は、氏名)

※担当者を経由せず契約事務責任者が署名する場合は担当者欄の記入は不要。

事務担当者等の追加が必要な場合は欄を適宜追加可能。

※代表者は、本市に届け出ている契約受任者がある場合、その内容に代えること。

※当該申請書は電子入札の応札時や、電子ファイルの見積書と同時に送信するなど、メールアドレスの真正性を確認できる方法により提出すること。

※印刷した書面で提出する場合は、提出者を確認できる名刺などを添付すること。

※本申請書は当初契約の都度提出すること。

※提出後内容に変更が生じた場合、直ちに書面又は電磁的方法により通知すること。