令和　　　年　　　月　　　日

記入者：

神戸市保健所長あて

神戸市予防接種実施医療機関情報の（ 新規契約 ・ 変更 ・ 削除 ）届出書

（１）医療機関の情報について

新規契約：登録する医療機関の情報を記入してください。

　　　変更：現在登録している医療機関の情報と変更後の医療機関の情報を記入してください。

削除：現在登録している医療機関の情報を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種医療機関コード | （※変更・削除のみ記入） |
| （法人名・）医療機関名 | 登録する（している）情報 |  |
| 変更後 |  |
| 住　　所 | 登録する（している）情報 | 〒神戸市 |
| 変更後 | 〒神戸市 |
| 代表者（契約者） | 登録する（している）情報 | 代表者の役職：　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名： |
| 変更後 | 代表者の役職：　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名： |
| 電話番号 | 登録する（している）情報 |  |
| 変更後 |  |

（２）予防接種の種類について

新規契約：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。

　　　変　　更：変更の有無にかかわらず、全ての予防接種について“○”もしくは “×”を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定期予防接種 | ロタウイルス |  |  | 市独自助成 | 風しん（市独自助成） |  |
| ヒブ |  |  | おたふくかぜ（市独自助成） |  |
| 小児肺炎球菌 |  |  | 小児インフルエンザ(6か月～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 |  |  | 帯状疱疹 |  |
| 四種混合 |  |  | 行政措置 | 小児肺炎球菌 |  |
| ＢＣＧ　　 |  |  | Ｂ型肝炎 |  |
| ＭＲ１期 |  |  | ＢＣＧ |  |
| ＭＲ２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 |  |
| 不活化ボリオ |  |  | 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 |  |
| ヒトパピローマウイルス（キャッチアップ） |  |  | 破傷風 |  |
| 風しん５期 |  |  | おたふくかぜ |  |
| 高齢者肺炎球菌 |  |  | 三種混合 |  |
| 高齢者帯状疱疹 |  |  | インフルエンザ（１～64歳） |  |
| 高齢者インフルエンザ |  |  |
| 高齢者新型コロナワクチン |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| （３）新規・変更：市ホームページへの掲載について（該当に○） | 掲載可能　　・　　掲載不可 |

掲載可能の場合・・小児科に該当（　する　・　しない　）

※掲載可能の場合、市ホームページ等で契約医療機関として掲載します。反映には時間がかかりますので、ご了承ください

R7.10