

承諾・取下げに係る届出

大分市が住民に実施する予防接種法に定める予防接種及び市自らの行政措置に基づく予防接種の協力について、以下のとおり（承諾・取下げ）します。

記

開始年月日 年 月 日

①以下の記入欄に、承諾する場合は○印、取下げする場合は×印をご記入ください。

※記入欄すべてに○印または×印を全てにご記入ください。変更がない種目もご記入をお願いします。

②以下の「広報」欄に、市が広報してよい場合は○印、してほしくない場合は×印をご記入ください。

※記入欄が×印の場合は、ご記入不要です。

種目		記入欄	広報
A類	ポリオ		
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)		
	4種混合 (DPT-IPV)		
	D T		
	B C G		
	MR(麻しん・風しん)		
	麻しん		
	風しん		
	日本脳炎		
	H P V(子宮頸がん予防)		
	RSウイルス		
	ヒブワクチン		
	小児用肺炎球菌ワクチン		
	水痘		
	B型肝炎ワクチン		
	ロタリックス		
ロタテック			
B類	高齢者肺炎球菌ワクチン		
	高齢者インフルエンザワクチン		
	新型コロナワクチン		
	高齢者带状疱疹ワクチン		
任意接種	おたふくかぜワクチン		
	MRワクチン (妊娠を希望する女性)		

年 月 日

大分市長 殿

所在地

医療機関名称

代表者氏名

電話番号