

定期外（任意）予防接種実施承諾書

令和 年 月 日

(あて先) 姫路市長

私は、姫路市からの姫路市予防接種事故災害補償規則に基づく予防接種の実施に関する協力要請に応じて、下記予防接種に協力することを承諾します。

住 所 姫路市

医療機関名

氏 名

電 話 番 号

○定期外予防接種の実施について（保険加入したい予防接種について）

貴医療機関で実施可能な予防接種について『承諾の有無』欄に、できるものに「○」、できないものには「×」をお付けください。

- ・協力を要請する予防接種は一部公費負担で接種できるものもあります。

予防接種（疾病）の 種類※1		承諾の 有無	予防接種（疾病）の 種類※1		承諾の 有無
1	破傷風		9	水痘	
2	ジフテリア		10	麻疹	
3	百日咳		11	風しん	
4	ポリオ		12	日本脳炎	
5	結核		13	HPV	
6	Hib		14	インフルエンザ	
7	肺炎球菌		15	流行性耳下腺炎	
8	B型肝炎 ※2		16	帯状疱疹	

※1 定期接種及びワクチンの添付文書以外の接種、労災等他の制度で補償されるものは対象外

※2 針刺し事故等での医療機関従事者等への感染防御のための予防接種は対象外

<問い合わせ先>

姫路市保健所防疫課 予防接種担当

TEL 079-289-1721