

## 予防接種実施医療機関等変更届

令和6年4月1日

大阪市長 様

医療機関コード  
名 称  
所在地 〒           —  
電話番号  
開設者又は  
代表者の氏名

次のとおり、実施しますので届出ます。

実施欄	実施する予防接種の種類
○	5種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎(ポリオ)・ヒブ混合) ワクチン

本様式は、令和6年4月26日（金）までに大阪市保健所感染症対策課へご返送ください。

※5種混合ワクチンを取り扱わない場合は、提出不要です。

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 あべのメディックス 10階  
大阪市保健所感染症対策課（感染症グループ）

- その他届出事項に変更がある場合は、従来の「予防接種実施医療機関等変更届」を所在区の保健福祉センターへ提出してください。
- 様式は、大阪市ホームページ「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」の「2 契約内容に変更があった場合」をご参照ください。