# 琴平町 2025年度 定期予防接種委託料請求書

ただし、令和 年 月分 予防接種委託料として

|   | こだし、令机 年 月分 予 種 別                  | 防接種委託料。<br>単 価 | 件数       | 金額       |
|---|------------------------------------|----------------|----------|----------|
|   | ロタウイルス(ロタリックス:1価)                  | 14,600円        | 件        | 円        |
|   | ロタウイルス(ロタテック:5価)                   | 9,200円         |          |          |
|   | B型 肝 炎                             | 5, 600円        | 件        | <u>円</u> |
|   | 는 기<br>는 기                         | 7, 800円        | 件        | <u>円</u> |
|   | <u></u>                            | 10, 900円       | 件        | <u>円</u> |
|   | 小 児 肺 炎 球 菌(20価)                   | 11, 100円       | 件        | <u>円</u> |
|   | 五種混合                               | 19, 200円       | 件        | <u>円</u> |
|   | 四種混合                               | 10, 200円       | 件        | <u>円</u> |
|   | B C G                              | 12, 800円       | 件        | <u>円</u> |
|   | 麻疹・風疹混合(1期)                        |                | 件        | <u>円</u> |
| 内 |                                    | 12, 300円       | <u>件</u> | 円        |
|   | 麻疹・風疹混合(2期)                        | 10, 900円       | 件        | <u>円</u> |
| 訳 | 水痘                                 | 9, 200円        | 件        | <u>円</u> |
|   | 日本脳炎1期(7歳6か月未満)                    | 6, 900円        | 件        | <u>円</u> |
|   | 日本脳炎特例1期(9歳以上)                     | 6, 300円        | 件        | <u>円</u> |
|   | 日本脳炎2期、特例2期                        | 7, 000円        | 件        | 円        |
|   | 子 宮 頸 が ん<br>(サーバリックス:2価、ガーダシル:4価) | 16, 000円       | 件        | 円        |
|   | 子 宮 頸 が ん(シルガード9:9価)               | 29, 100円       | 件        | 円        |
|   | 麻 疹                                | 8, 600円        | 件        | Ħ        |
|   | 風疹                                 | 8, 600円        | 件        | 円        |
|   | 三種混合                               | 4, 600円        | 件        | 円        |
|   | 二種混合(2期)                           | 4, 900円        | 件        | H        |
|   | 不 活 化 ポリオ                          | 9, 000円        | 件        | 円<br>円   |
|   | 口座名義(フリガナ)                         | 銀              | 行 名      | 口座番号     |
| 振 |                                    |                |          |          |
| 込 |                                    |                | 銀行       | 普 通      |
| 先 |                                    |                |          | 当 座      |
| 兀 |                                    |                | 支 店      |          |

上記のとおり請求いたします。

令和年月日請求者住所

氏 名

医師 氏名 印

#### (ロタ)ロタリックス 被接種者名簿

| <u> </u> | - / / -//// | ノヘ       | 11 / <del>    </del> | T           |      |         |       |
|----------|-------------|----------|----------------------|-------------|------|---------|-------|
| 番号       | 被接種者名       | 生年月日     | 接種回数                 | <br>  接種年月日 | 使    | 用 ワ ク ヂ | ・ン    |
|          | 미 된 된 전에    | <u> </u> | 1X 1Z 11 3X          | 12 E F/1 H  | メーカー | ロットNo   | 有効年月日 |
| 1        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 2        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 3        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 4        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 5        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 6        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 7        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 8        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 9        |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 10       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 11       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 12       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 13       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 14       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 15       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 16       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 17       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 18       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 19       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |
| 20       |             |          | 1 • 2                |             |      |         |       |

接種回数 1: 1回目 2: 2回目

1回目( 名) 2回目( 名)

医師 氏名 印

#### (ロタ)ロタテック 被接種者名簿

| $\bigcap$ | н <i>у ,</i> нууу, |      |           |       | 使    | 用 ワ ク チ | ・ ン   |
|-----------|--------------------|------|-----------|-------|------|---------|-------|
| 番号        | 被接種者名              | 生年月日 | 接種回数      | 接種年月日 | メーカー | ロットNo   | 有効年月日 |
| 1         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 2         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 3         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 4         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 5         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 6         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 7         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 8         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 9         |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 10        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 11        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 12        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 13        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 14        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 15        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 16        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 17        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 18        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 19        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |
| 20        |                    |      | 1 • 2 • 3 |       |      |         |       |

接種回数 1: 1回目 2: 2回目 3: 3回目

1回目(名) 2回目(名) 3回目(名)

医師 氏名 印

### (B型肝炎) 被接種者名簿

| #. D | 地拉毛老力 | <b>先在</b> 日日 | ±± € € *** | 拉廷左口口 | 使    | 用 ワ ク チ | ン     |
|------|-------|--------------|------------|-------|------|---------|-------|
| 番号   | 被接種者名 | 生年月日         | 接種回数       | 接種年月日 | メーカー | ロットNo   | 有効年月日 |
| 1    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 2    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 3    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 4    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 5    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 6    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 7    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 8    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 9    |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 10   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 11   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 12   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 13   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 14   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 15   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 16   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 17   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 18   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 19   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |
| 20   |       |              | 1 • 2 • 3  |       |      |         |       |

接種回数 1: 1回目 2: 2回目 3: 3回目

1回目(名)2回目(名)3回目(名)

医療機関名

医師 氏名 印

### (ヒブ) 被接種者名簿

| 平口 | <b>沈拉廷老</b> 夕 | <b>北左日</b> 日 | 拉廷口粉          | 拉廷在日日 | 使    | 用ワク   | チン    |
|----|---------------|--------------|---------------|-------|------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名         | 生年月日         | 接種回数          | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 2  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 3  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 4  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 5  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 6  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 7  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 8  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 9  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 10 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 11 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 12 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 13 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 14 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 15 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 16 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 17 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 18 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 19 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 20 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |

接種回数 1: 初回1回目 2: 初回2回目 3:初回3回目 4:追加

初回1回目( 名)初回2回目( 名)初回3回目( 名)追加( 名) <u>合計( 名)</u>

医療機関名

医師 氏名

### (小児肺炎球菌) 15価 被接種者名簿

|    | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | # <i>F</i> .D.D | 拉锤同类          | 拉锤左口口 | 使    | 用ワクラ  | チン    |
|----|---------------------------------------|-----------------|---------------|-------|------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名                                 | 生年月日            | 接種回数          | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 2  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 3  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 4  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 5  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 6  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 7  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 8  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 9  |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 10 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 11 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 12 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 13 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 14 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 15 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 16 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 17 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 18 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 19 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 20 |                                       |                 | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |

印

接種回数 1:初回1回目 2:初回2回目 3:初回3回目 4:追加

初回1回目(名)初回2回目(名)初回3回目(名)追加(名) 合計(名)

医療機関名

医師 氏名 印

### (小児肺炎球菌) 20価 被接種者名簿

| 平口 | <b>地拉廷老</b> 夕 | <b>光左</b> 日日 | <b>拉</b> 拜同米  | 拉廷在日日 | 使    | 用ワクラ  | チン    |
|----|---------------|--------------|---------------|-------|------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名         | 生年月日         | 接種回数          | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 2  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 3  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 4  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 5  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 6  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 7  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 8  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 9  |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 10 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 11 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 12 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 13 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 14 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 15 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 16 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 17 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 18 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 19 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 20 |               |              | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |

接種回数 1:初回1回目 2:初回2回目 3:初回3回目 4:追加

初回1回目(名)初回2回目(名)初回3回目(名)追加(名) 合計(名)

医療機関名

医師 氏名 印

### (五種混合) 被接種者名簿

|    | 11.11.00 1. 5 |      | 14.55 - 10    | 14    | 使    | 用ワク   | チン    |
|----|---------------|------|---------------|-------|------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名         | 生年月日 | 接種回数          | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 2  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 3  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 4  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 5  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 6  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 7  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 8  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 9  |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 10 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 11 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 12 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 13 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 14 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 15 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 16 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 17 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 18 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 19 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 20 |               |      | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |

接種回数 1:1期1回目 2:1期2回目 3:1期3回目 4:1期追加

1期1回目( 名) 1期2回目( 名) 1期3回目( 名) 1期追加( 名) <u>合計( 名)</u>

医療機関名

医師 氏名 印

### (四種混合) 被接種者名簿

| W-0 |       | * <i>F</i> D D | + 4 1 二 米 -   | 拉廷在日日 | 使    | 用ワク・  | チン    |
|-----|-------|----------------|---------------|-------|------|-------|-------|
| 番号  | 被接種者名 | 生年月日           | 接種回数          | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 2   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 3   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 4   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 5   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 6   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 7   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 8   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 9   |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 10  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 11  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 12  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 13  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 14  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 15  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 16  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 17  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 18  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 19  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 20  |       |                | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |

接種回数 1:1期1回目 2:1期2回目 3:1期3回目 4:1期追加

1期1回目( 名) 1期2回目( 名) 1期3回目( 名) 1期追加( 名) <u>合計( 名)</u>

医療機関名

医師 氏名 印

### (B C G) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名    | 生年月日  | 接種年月日   |      | 使用ワク  | <b>チン</b> |
|----|----------|-------|---------|------|-------|-----------|
| щ  | MIXITELL | ±1//- | 汉庄 177日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日     |
| 1  |          |       |         |      |       |           |
| 2  |          |       |         |      |       |           |
| 3  |          |       |         |      |       |           |
| 4  |          |       |         |      |       |           |
| 5  |          |       |         |      |       |           |
| 6  |          |       |         |      |       |           |
| 7  |          |       |         |      |       |           |
| 8  |          |       |         |      |       |           |
| 9  |          |       |         |      |       |           |
| 10 |          |       |         |      |       |           |
| 11 |          |       |         |      |       |           |
| 12 |          |       |         |      |       |           |
| 13 |          |       |         |      |       |           |
| 14 |          |       |         |      |       |           |
| 15 |          |       |         |      |       |           |
| 16 |          |       |         |      |       |           |
| 17 |          |       |         |      |       |           |
| 18 |          |       |         |      |       |           |
| 19 |          |       |         |      |       |           |
| 20 |          |       |         |      |       |           |

医療機関名

医師 氏名 印

# (麻しん風しん混合 1期 ) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名 | 生年月日 | 期   | 接種年月日  | 使    | 用ワクラ  | チン    |
|----|-------|------|-----|--------|------|-------|-------|
| 田勺 | 放政性 石 | エサカロ | 777 | 1女性十万口 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 2  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 3  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 4  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 5  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 6  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 7  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 8  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 9  |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 10 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 11 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 12 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 13 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 14 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 15 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 16 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 17 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 18 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 19 |       |      | 1期  |        |      |       |       |
| 20 |       |      | 1期  |        |      |       |       |

医療機関名

医師 氏名 印

# (麻しん風しん混合 1期 延長対象者) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名   | 生年月日     | 期  | 接種年月日 | 使    | 用ワクラ  | チン    |
|----|---------|----------|----|-------|------|-------|-------|
| 钳与 | 恢按性 1 位 | <u> </u> | 刔  | 按性十月口 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 2  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 3  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 4  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 5  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 6  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 7  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 8  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 9  |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 10 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 11 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 12 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 13 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 14 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 15 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 16 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 17 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 18 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 19 |         |          | 1期 |       |      |       |       |
| 20 |         |          | 1期 |       |      |       |       |

医療機関名

医師 氏名 印

# (麻しん風しん混合 2期 ) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名 | 生年月日 | 期   | 接種年月日  | 使    | 用ワクラ  | チン    |
|----|-------|------|-----|--------|------|-------|-------|
| 田力 | 放政性 石 | 工十万口 | 79] | 1女性十万口 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 2  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 3  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 4  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 5  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 6  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 7  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 8  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 9  |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 10 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 11 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 12 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 13 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 14 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 15 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 16 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 17 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 18 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 19 |       |      | 2期  |        |      |       |       |
| 20 |       |      | 2期  |        |      |       |       |

医療機関名

医師 氏名 印

### (麻しん風しん混合 2期 延長対象者) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名 | 生年月日     | 期   | 接種年月日  | 使    | 用ワクラ  | チン    |
|----|-------|----------|-----|--------|------|-------|-------|
| 田力 | 放政性 石 | <u> </u> | 77) | ]女性十万口 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 2  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 3  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 4  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 5  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 6  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 7  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 8  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 9  |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 10 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 11 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 12 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 13 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 14 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 15 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 16 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 17 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 18 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 19 |       |          | 2期  |        |      |       |       |
| 20 |       |          | 2期  |        |      |       |       |

印

# (水 痘) 被接種者名簿

| 番号  | 被接種者名      | 生年月日 |   | 接種回数  | 接種年月日   |      | 使用ワグ  | クチン   |
|-----|------------|------|---|-------|---------|------|-------|-------|
| ш 7 | 次  女  主日 口 | 工十万日 |   | 女性的 奴 | 1女1至十万口 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1   |            |      |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
|     |            |      |   |       |         |      |       |       |
| 2   |            | •    | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 3   |            | •    | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 4   |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 5   |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 6   |            | •    |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 7   |            |      |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 8   |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 9   |            | •    |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 10  |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 11  |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 12  |            |      |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 13  |            | •    | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 14  |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 15  |            |      |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 16  |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 17  |            |      | • | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 18  |            |      | • | 1 - 2 |         |      |       |       |
| 19  |            |      |   | 1 • 2 |         |      |       |       |
| 20  |            |      |   | 1 • 2 |         |      |       |       |

接種回数 1:1回目 2:2回目

1回目( 名) 2回目( 名)

医療機関名

医師 氏名 印

### (日本脳炎 1期) 被接種者名簿

|    |       |      | 何 | 何  |       |      | 用 ワ ク ヂ | - ン   |
|----|-------|------|---|----|-------|------|---------|-------|
| 番号 | 被接種者名 | 生年月日 | 期 | 回目 | 接種年月日 | メーカー | ロットNo   | 有効年月日 |
| 1  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 2  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 3  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 4  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 5  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 6  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 7  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 8  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 9  |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 10 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 11 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 12 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 13 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 14 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 15 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 16 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 17 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 18 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 19 |       |      |   |    |       |      |         |       |
| 20 |       |      |   |    |       |      |         |       |

1期初回1回目(名)1期初回2回目(名)1期追加(名)

医療機関名

医師 氏名 印

# (日本脳炎 特例1期) 被接種者名簿

|    |       |      | -<br>何 | 何   |       | <i>ı</i> + | <b>— — — — — — — — — —</b> |       |
|----|-------|------|--------|-----|-------|------------|----------------------------|-------|
| 番号 | 被接種者名 | 生年月日 |        | 三回目 | 接種年月日 |            | 用 ワ ク チ                    | 1     |
|    |       |      | 期      | 目   |       | メーカー       | ロットNo                      | 有効年月日 |
| 1  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
|    |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 2  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 3  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 4  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 5  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 6  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 0  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 7  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 8  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 9  |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 10 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
|    |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 11 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 12 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 13 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 14 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
|    |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 15 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 16 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 17 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 18 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
|    |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 19 |       |      |        |     |       |            |                            |       |
| 20 |       |      |        |     |       |            |                            |       |

特例1期1回目(名)特例1期2回目(名)特例1期追加(名)

医療機関名

医師 氏名 印

### (日本脳炎 2期・特例2期) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名 | 生年月日 | 何 | 何回 | 接種年月日  | 使    | 用ワクチ  | ・ン    |
|----|-------|------|---|----|--------|------|-------|-------|
| 田力 | 双纹性石石 | 工十万口 | 期 | 回目 | 1女性十万口 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 2  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 3  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 4  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 5  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 6  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 7  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 8  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 9  |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 10 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 11 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 12 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 13 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 14 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 15 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 16 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 17 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 18 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 19 |       |      |   |    |        |      |       |       |
| 20 |       |      |   |    |        |      |       |       |

2期( 名) 特例2期( 名)

医療機関名

医師 氏名 印

# (二種混合) 被接種者名簿

| 番号 | 被接種者名     | 生年月日 | 期      | 接種年月日  | 使    | 用 ワ ク チ | ン     |
|----|-----------|------|--------|--------|------|---------|-------|
| 田力 | 汉]女作主 石 石 | 工牛力口 | 79]    | ]女性十万口 | メーカー | ロットNo   | 有効年月日 |
| 1  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 2  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 3  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 4  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 5  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 6  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 7  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 8  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 9  |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 10 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 11 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 12 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 13 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 14 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 15 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 16 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 17 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 18 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 19 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |
| 20 |           |      | 2<br>期 |        |      |         |       |

医師 氏名

印

### (子宮頸がん) サーバリックス・ガーダシル 被接種者名簿

|    | <b>地拉拜老</b> 友 | <b></b> | 拉托同米  | 拉廷在日口 | 使                | 用ワク   | チン    |
|----|---------------|---------|-------|-------|------------------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名         | 生年月日    | 接種回数  | 接種年月日 | ワクチン名            | ロットNo | 有効年月日 |
| 4  |               |         | 1.0.2 |       | サーバリックス          |       |       |
| 1  |               |         | 1.2.3 |       | ガーダシル            |       |       |
| 2  |               |         | 1.2.3 |       | サーバリックス          |       |       |
| _  |               |         |       |       | ガーダシル            |       |       |
| 3  |               |         | 1-2-3 |       | サーバリックス          |       |       |
|    |               |         |       |       | ガーダシル            |       |       |
| 4  |               |         | 1.2.3 |       | サーバリックス          |       |       |
|    |               |         |       |       | ガーダシル            |       |       |
| 5  |               |         | 1.2.3 |       | サーバリックス          |       |       |
|    |               |         |       |       | ガーダシル<br>サーバリックス |       |       |
| 6  |               |         | 1.2.3 |       |                  |       |       |
|    |               | • •     |       | • •   | ガーダシル<br>サーバリックス |       |       |
| 7  |               |         | 1.2.3 |       | ガーダシル            |       |       |
|    |               | • •     |       |       | サーバリックス          |       |       |
| 8  |               |         | 1.2.3 |       | ガーダシル            |       |       |
|    |               |         |       |       | サーバリックス          |       |       |
| 9  |               |         | 1.2.3 |       | ガーダシル            |       |       |
|    |               |         |       |       | サーバリックス          |       |       |
| 10 |               |         | 1-2-3 |       | ガーダシル            |       |       |
|    |               |         | 1.0.0 |       | サーバリックス          |       |       |
| 11 |               |         | 1.2.3 |       | ガーダシル            |       |       |
| 10 |               |         | 1-2-3 |       | サーバリックス          |       |       |
| 12 |               |         | 1.2.3 |       | ガーダシル            |       |       |
| 13 |               |         | 1-2-3 |       | サーバリックス          |       |       |
| 13 |               |         | 1 2 0 |       | ガーダシル            |       |       |
| 14 |               |         | 1.2.3 |       | サーバリックス          |       |       |
|    |               |         |       |       | ガーダシル            |       |       |
| 15 |               |         | 1.2.3 |       | サーバリックス          |       |       |
| L  |               |         |       |       | ガーダシル            |       |       |

接種回数 1:1回目 2:2回目 3:3回目

1回目( 名) 2回目( 名) 3回目( 名)

医師 氏名

印

### (子宮頸がん) シルガード9 被接種者名簿

| <b>亚</b> 口 | hh h i i i i i i i i i i i i i i i i i | <b>* * * ! ! !</b> | 1 to 13 | チロ*L            | + ± £ £ ₽ ₽ | _  | ſ:   | 東 用 ワ ク | チン    |
|------------|--|--------------------|---------|-----------------|-------------|----|------|---------|-------|
| 番号         | 被接種者名                                  | 生年月日               | 按位      | 重回数             | 接種年月        | II | メーカー | ロットNo   | 有効年月日 |
| 1          |  | <u>.</u>           | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 2          |  |                    | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 3          |  |                    | . 1.    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 4          |  |                    | - 1-    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 5          |  |                    | . 1.    | 2•3             |             |    |      |         |       |
| 6          |  |                    | . 1.    | 2•3             | -           | •  |      |         |       |
| 7          |  | . ,                | . 1.    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 8          |  | • .                | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 9          |  | <u>.</u> .         | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 10         |  | <u>.</u> .         | . 1.    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 11         |  |                    | - 1-    | 2•3             | •           |    |      |         |       |
| 12         |  |                    | . 1.    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 13         |  |                    | . 1.    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 14         |  | <u>.</u> .         | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 15         |  |                    | . 1.    | 2•3             | •           | •  |      |         |       |
| 16         |  |                    | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 17         |  | <u>.</u> .         | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 18         |  | <u>.</u> .         | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 19         |  | <u>.</u> .         | . 1.    | 2•3             |             | •  |      |         |       |
| 20         |  |                    | . 1.    | 2•3<br><b>↑</b> |             | •  |      |         |       |

1

1回目接種時点で、15歳未満は計2回、15歳以上は計3回

接種回数 1:1回目 2:2回目 3:3回目

1回目( 名) 2回目( 名)

3回目(名)

医療機関名

医師 氏名 印

# (不活化ポリオ) 被接種者名簿

| 番号        | <b>地拉拜老</b> 友 | <b> </b> | 拉廷同粉          | 拉廷在日口 | 使    | 用ワク   | チン    |
|-----------|---------------|----------|---------------|-------|------|-------|-------|
| <b>留写</b> | 被接種者名         | 生年月日     | 接種回数          | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 2         |               |          | 1 • 2 • 3 • 4 |       |      |       |       |
| 3         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 4         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 5         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 6         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 7         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 8         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 9         |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 10        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 11        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 12        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 13        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 14        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 15        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 16        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 17        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 18        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 19        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |
| 20        |               |          | 1-2-3-4       |       |      |       |       |

接種回数 1:1期1回目 2:1期2回目 3:1期3回目 4:1期追加

1期1回目( 名) 1期2回目( 名) 1期3回目( 名) 1期追加( 名) <u>合計( 名)</u>

医療機関名

医師 氏名 印

### (三種混合) 被接種者名簿

|    | 1±1±1= +/ +> |      | 1+1 <b>=</b> = 1 | #1 <b>4 4 5 5 5</b> | 使    | 用ワク   | チン    |
|----|--------------|------|------------------|---------------------|------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名        | 生年月日 | 接種回数             | 接種年月日               | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 2  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 3  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 4  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 5  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 6  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 7  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 8  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 9  |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 10 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 11 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 12 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 13 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 14 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 15 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 16 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 17 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 18 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 19 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |
| 20 |              |      | 1 • 2 • 3 • 4    |                     |      |       |       |

接種回数 1:1期1回目 2:1期2回目 3:1期3回目 4:1期追加

1期1回目( 名) 1期2回目( 名) 1期3回目( 名) 1期追加( 名) <u>合計( 名)</u>

医療機関名

医師 氏名 印

### (麻しん) 被接種者名簿

|    |       |      |   |       |      | 使用ワケ  | クチン   |
|----|-------|------|---|-------|------|-------|-------|
| 番号 | 被接種者名 | 生年月日 | 期 | 接種年月日 | メーカー | ロットNo | 有効年月日 |
| 1  |       |      |   |       |      |       |       |
| 2  |       |      |   |       |      |       |       |
| 3  |       |      |   |       |      |       |       |
| 4  |       |      |   |       |      |       |       |
| 5  |       |      |   |       |      |       |       |
| 6  |       |      |   |       |      |       |       |
| 7  |       |      |   |       |      |       |       |
| 8  |       |      |   |       |      |       |       |
| 9  |       |      |   |       |      |       |       |
| 10 |       |      |   |       |      |       |       |
| 11 |       |      |   |       |      |       |       |
| 12 |       |      |   |       |      |       |       |
| 13 |       |      |   |       |      |       |       |
| 14 |       |      |   |       |      |       |       |
| 15 |       |      |   |       |      |       |       |
| 16 |       |      |   |       |      |       |       |
| 17 |       |      |   |       |      |       |       |
| 18 |       |      |   |       |      |       |       |
| 19 |       |      |   |       |      |       |       |
| 20 |       |      |   |       |      |       |       |

医療機関名

医師 氏名 印

# (風しん) 被接種者名簿

| 番号  | 被接種者名 | 生年月日期 |  | 接種年月日  | 使用ワクチン |       |       |
|-----|-------|-------|--|--------|--------|-------|-------|
| ш 7 | 次     |       |  | 1女性十万口 | メーカー   | ロットNo | 有効年月日 |
| 1   |       |       |  |        |        |       |       |
| 2   |       |       |  |        |        |       |       |
|     |       |       |  |        |        |       |       |
| 3   |       |       |  |        |        |       |       |
| 4   |       |       |  |        |        |       |       |
| 5   |       |       |  |        |        |       |       |
| 6   |       |       |  |        |        |       |       |
| 7   |       |       |  |        |        |       |       |
|     |       |       |  |        |        |       |       |
| 8   |       |       |  |        |        |       |       |
| 9   |       |       |  |        |        |       |       |
| 10  |       |       |  |        |        |       |       |
| 11  |       |       |  |        |        |       |       |
| 12  |       |       |  |        |        |       |       |
|     |       |       |  |        |        |       |       |
| 13  |       |       |  | • •    |        |       |       |
| 14  |       |       |  |        |        |       |       |
| 15  |       |       |  |        |        |       |       |
| 16  |       |       |  |        |        |       |       |
| 17  |       |       |  |        |        |       |       |
|     |       |       |  |        |        |       |       |
| 18  |       |       |  |        |        |       |       |
| 19  |       |       |  |        |        |       |       |
| 20  |       |       |  |        |        |       |       |