郡市医師会経由⇒長野県医師会提出

予防接種市町村間相互乗入れ業務における

協力接種医療機関に係る申出書兼契約委任承諾書

　　年　　月　　日

長野県医師会長　（宛）

　　　　医療機関名

院長(管理者)　　　　　　　　　　　　　㊞

予防接種の市町村間相互乗入れ業務について、協力することを承諾し、協力接種医療機関として次のとおり申出すると共に、市町村長、若しくは市町村長から委任を受けた長野県知事との契約を長野県医師会長に委任することを承諾いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

【接種可能ワクチン】（□に✔印を付してください。）

□ 四種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）00□ 二種混合（ＤＴ）

* 麻しん・風しん混合（ＭＲ）　□　麻しん　　　　　 □ 風しん
* 日本脳炎　　　　　　　□ ＢＣＧ　　　　　　　 □ 不活化ポリオ
* 子宮頸がん（ＨＰＶ） □ インフルエンザ菌ｂ型（ヒブ）
* 小児用肺炎球菌（HPV） □ 水痘　　　　　　　　 □ Ｂ型肝炎

□　ロタウイルス

□ 高齢者インフルエンザ（□ 高齢者肺炎球菌