

変 更 届

令和 年 月 日

一般社団法人高知県医師会長 様

医療機関所在地
電話番号
医療機関名
開設者名又は管理者名

印

令和 年 月 日付けで提出しました委任状の医師名等に変更がありましたので、高知県広域化予防接種委託契約書第3条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 医療機関の名称、所在地、開設者名の変更

変更前
変更後

2 受託予防接種区分変更

予防接種法第5条第1項に基づき市町村長が実施する定期予防接種に関し、A類疾病及びB類疾病のうち○を付けた区分について予防接種の実施に協力する旨を承諾します。

A 類疾病	
<input type="checkbox"/>	三種混合
<input type="checkbox"/>	二種混合
<input type="checkbox"/>	麻しん
<input type="checkbox"/>	風しん（第5期を除く）
<input type="checkbox"/>	日本脳炎
<input type="checkbox"/>	単独不活化ポリオ
<input type="checkbox"/>	五種混合 (ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、ヒブ)
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防ワクチン(HPV)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ菌 b 型(Hib)
<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌

A 類疾病	
<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	B 型肝炎
<input type="checkbox"/>	ロタ
<input type="checkbox"/>	B C G
<input type="checkbox"/>	R S ウイルス
B 類疾病	
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌
<input type="checkbox"/>	新型コロナ
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹

注1 2に該当する場合

- (1) 「区分変更」の該当するものを○で囲んでください。
※上記太枠内に、変更後実施する受託予防接種のすべてに「○」を記入してください。

注2 令和5年度より、接種を実施する医師名についての記載は不要となりました。