

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及び医師の追加 (区分変更 ・ 医師追加)

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次の医師が予防接種の実施に関し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"/>	四種混合 (ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)
<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)

A類疾病	
<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌
<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	B型肝炎
<input type="checkbox"/>	ロタ
<input type="checkbox"/>	B C G

B類疾病	
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌

医師 氏名
医師 氏名

医師 氏名
医師 氏名

※記載欄が不足した場合は、別紙(任意様式)に記載してください。

3 医師の辞退

医師 氏名

注1 変更内容毎に記載してください。

注2 2に該当する場合

- (1) 「区分変更」、「医師追加」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。
- (2) 「医師追加」の場合、追加医師名を記載してください。