変　　更　　届

令和　　年　　月　　日

みよし市　様

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

みよし市個別予防接種業務委託事業について、下記のとおり変更します。

記

◆ 変更事項（該当項目にチェック）

□　接種協力医師
□　ワクチンの種類

（別紙１）を添付すること。
ただし、当該医療機関の承諾書の内容と相違ないこと。

□　医療機関の所在地
□　医療機関の電話番号
□　医療機関のＦＡＸ番号
□　その他（　　）

◆変更内容

変更前	
変更後	
変更する日	令和　　年　　月　　日から変更

（別紙１）

氏　　名				
区　　分（※） 該当項目に☑		□新規追加医師 □医師辞退 □ワクチン追加 □ワクチン削除	□新規追加医師 □医師辞退 □ワクチン追加 □ワクチン削除	□新規追加医師 □医師辞退 □ワクチン追加 □ワクチン削除
接種可能ワクチンに〇を記入	ＢＣＧ			
	３種混合			
	２種混合　１期			
	２種混合　２期			
	ポリオ			
	日本脳炎　１期			
	日本脳炎　２期			
	日本脳炎　１期特例			
	日本脳炎　２期特例			
	麻しん・風しん混合			
	麻しん			
	風しん			
	子宮頸がん予防ワクチン			
	ヒブワクチン			
	小児用肺炎球菌ワクチン			
	Ｂ型肝炎			
	４種混合			
	５種混合			
	水痘			
	ロタウイルスワクチン			
	高齢者インフルエンザ			
	高齢者用肺炎球菌ワクチン			

（※）区分の説明

新規追加医師	接種協力医として名簿に記載されていない医師を、新たにみよし市個別予防接種事業委託の協力医師として名簿に記載する場合。
医師辞退	協力医師として名簿に記載されている医師が、異動等により当該医療機関の名簿から除かれる場合。
ワクチン追加	協力医師が、接種可能ワクチンを新たに追加する場合。ただし、当該医療機関が実施を承諾している種類のワクチンに限る（変更後の接種可能ワクチンをすべて記載）。
ワクチン削除	協力医師が、接種可能ワクチンを削除する場合。ただし、当該医療機関が実施を承諾している種類のワクチンに変更がないこと（変更後の接種可能ワクチンをすべて記載）。