（別紙様式５－１）（第７の２（２）関係）

**岩手県広域的予防接種承諾書**

　　　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部長　殿

所在地

連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （FAX）

医療機関名

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

(※自署の場合、押印省略可)

　当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾します。

　また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、市町村長と当医療機関との間で直接行います。

記

１　協力医療機関として実施する予防接種の種類

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ  類  疾  病 | DPT－IPV  (四種混合) | | DPT  (三種混合) | | DT  (ジフテリア･破傷風) | IPV  (不活化ポリオ) | | 麻しん風しん混合  (MR) | 麻しん | | 風しん | 日本脳炎 | |
|  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| 結核  (BCG) | | Hib  感染症 | | 小児の肺炎球菌感染症 | HPV  感染症 | | 水痘 | B型肝炎 | | ロタウイルス感染症 | DPT-IPV-Hib  (五種混合) | |
|  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| B類  疾病 | | 高齢者の季節性  インフルエンザ | | 高齢者の肺炎球菌感染症 | | | 新型コロナウイルス感染症 | | | 高齢者の帯状疱疹 | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |

※　広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

２　協力医師の氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | ２ |  |
| ３ |  | ４ |  |
| ５ |  | ６ |  |
| ７ |  | ８ |  |
| ９ |  | 10 |  |

※　上記の記入欄が不足する場合、別紙により報告願います。

３　特記事項

|  |
| --- |
|  |

　※　医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、

　　その内容を記載してください。

|  |
| --- |
| ※協力医師が複数名の場合に記入  　私は、「２　協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。  代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

(※自署の場合、押印省略可)

（別紙様式５－１）　別紙

協力医師の氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | ２ |  |
| ３ |  | ４ |  |
| ５ |  | ６ |  |
| ７ |  | ８ |  |
| ９ |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  |
| 13 |  | 14 |  |
| 15 |  | 16 |  |
| 17 |  | 18 |  |
| 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | 22 |  |
| 23 |  | 24 |  |
| 25 |  | 26 |  |
| 27 |  | 28 |  |
| 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | 32 |  |
| 33 |  | 34 |  |
| 35 |  | 36 |  |
| 37 |  | 38 |  |
| 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | 42 |  |
| 43 |  | 44 |  |
| 45 |  | 46 |  |
| 47 |  | 48 |  |
| 49 |  | 50 |  |