

(医師会未加入・県外医療機関用)

守山市すこやか生活課感染症対策係あて

守山市長 あて

院長 守山 太郎

記

《実施を承諾いただける予防接種に○をつけてください》

問い合わせ先 担当者名	事務員 守山 花子	電話番号 : ●●●-△△-○○○○ ファックス番号 : ●●●-△△-○○●● メールアドレス : ●●●●@○○○.JP
----------------	-----------	--

※実施する予防接種の種類に変更が生じた場合には、速やかに守山市すこやか生活課まで、変更届を提出してください。

— 令和8年度 守山市予防接種事業 —

協 力 医 師 承 諾 書

令和8年3月20日

守山市長 あて

契約に記入する代表者を
ご記入ください。

医療機関名 ABCクリニック
所在地 ●●●県△市△△町
電話番号 ●●●-△△-〇〇〇〇
管理者名 院長 守山 太郎

当医療機関に所属する予防接種の実施に協力を承諾した医師は、下記のとおりです。

記

当医療機関で予防接種の実施に協力を承諾した医師

氏 名	氏 名
1 守山 太郎	16
2 守山 二郎	17
3	18
4	19
5	20
6	21
7	22
8	23
9	24
10	25
11	26
12	27
13	28
14	29
15	30

※実施する予防接種の種類に変更が生じた場合には、速やかに守山市すこやか生活課まで報告してください。