

(医師会未加入・県外医療機関用)

《送付先》
E-mail:kansenshotaisaku01@city.moriyama.lg.jp
FAX :077-582-1138
守山市すこやか生活課感染症対策係あて

— 令和8年度 守山市予防接種事業 —
承 諾 書

令和 年 月 日

守山市長 あて

医療機関名
所在地
電話番号
管理者名

当医療機関は、「守山市予防接種要綱」「守山市予防接種実施の手引き」等に基づき、医療機関に委託して行う予防接種法に規定する定期の予防接種および市長の責任で実施する法定外の予防接種のうち下記の疾病等に係る予防接種を実施することを承諾いたします。

記

実施する予防接種の種類

《実施を承諾いただける予防接種に○をつけてください》

B型肝炎			
ロタウイルス	ロタリックス RV1		ロタテック RV5
Hib感染症			
小児用肺炎球菌			
五種混合(DPT-IPV-Hib) ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib	1期		
三種混合(DPT) ジフテリア・百日咳・破傷風	1期		
ポリオ(IPV)	1期		
二種混合(DT) ジフテリア・破傷風	2期		
BCG			
麻しん・風しん混合(MR)	1期	2期	
麻しん	1期		
風しん	1期		
水痘			
日本脳炎	1期		
ヒトバビローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防)	シルガード9 HPV9		
RSウイルス感染症(母子免疫ワクチン)			
インフルエンザ(高齢者)	標準量 ワクチン	高用量 ワクチン	
肺炎球菌感染症(高齢者)			
新型コロナウイルス感染症(高齢者)			
帯状疱疹(高齢者)	ピケン	シングリックス	

履行場所

問い合わせ先 担当者名	電話番号 : ファックス番号: メールアドレス:
----------------	--------------------------------

※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。

協 力 医 師 承 諾 書

令和 年 月 日

守山市長 あて

医療機関名
所在地
電話番号
管理者名

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	16
2	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。