

(様式1-2)

令和 年 月 日

岐阜県広域化予防接種事業協力医師名簿

医療機関名	
所 在 地	
電 話 番 号	
管 理 者 名	

接種可能ワクチン

(可能な予防接種に○を記入)

[illegible]