（様式１－３）

岐阜県広域化予防接種事業協力申込書

令和　　年　　月　　日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長　様

医療機関名
所　在　地
電　　話
医療機関の長
又は管理者名

私は、県内各市町村長が予防接種法第５条の規定に基づき実施する定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に協力いたします。

なお、当機関に所属する接種協力医師は別添岐阜県広域化予防接種協力医師名簿（様式１－２）のとおりであり、事業参加にあたり下記を満たすことを申し添えます。

記

□ 前年度に市町村の定期の予防接種の委託契約を締結している医療機関に所属する医師（法人化等により開設者を変更し、管理者が同一である前年度市町村事業受託医療機関に所属する医師である場合を含む。）
□ 岐阜県が認める講習を受講した医師