（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）

医師名	A類疾病																B類疾病			
	百日せきジフテリア破傷風混合	ジフテリア破傷風混合	急性灰白髄炎	百日せきジフテリア破傷風急性灰白髄炎ヘモフィルスｂ型混合	麻しん風しん混合	麻しん	風しん	日本脳炎	ＢＣＧ	ヘモフィルスインフルエンザ菌ｂ（Ｈｉｂ）	小児用肺炎球菌	ヒトパピローマウイルス	水痘	Ｂ型肝炎	ロタウイルス感染症	ＲＳウイルス感染症	インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症	高齢者用肺炎球菌	帯状疱疹