

様 式 1 (医療機関→郡市医師会)

相互乗入れ予防接種実施報告書  
(高齢者肺炎球菌予防接種)

令和 年 月 日

〇〇郡市医師会長 殿

所在地  
医療機関名  
代表者名

印

令和 年 月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり報告します。

市 町 村 名	接 種 者		接種不可者
	負 担 者	免 除 者	
計			

(注) 医療機関は、実施月分を翌月10日までに当該郡市医師会へ提出する。