

様 式 1 (医療機関→郡市医師会)

相互乗り入れ予防接種実施報告書
(帯状疱疹予防接種)

令和 年 月 日

別府市医師会長 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	種類 (生ワクチン)		種類 (不活化ワクチン)		接種不可者
	負担者	免除者	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。