

(様式 1 - 3)

岐阜県広域化予防接種事業協力申込書

平成 年 月 日

岐阜県健康福祉部保健医療課長 様

医療機関名

所在地

電話

医療機関の長

又は管理者名

印

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。

(注) 別に岐阜県広域化予防接種協力医師名簿 (様式 1 - 2) を作成し、添付してください。