

川崎市予防接種事業協力申出書

年 月 日

(宛先) 川崎市 市長

所在地

名称

代表者職・氏名

印

私は、川崎市が行う次の予防接種事業に協力させていただきたく、関係書類を添えて申出をいたします。

1 医療機関（高齢者等施設）名

2 予防接種に従事する全ての医師名

3 予防接種の種類

- 高齢者インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種（両方）
- 高齢者インフルエンザ予防接種のみ
- 新型コロナウイルス感染症予防接種のみ

4 川崎市のホームページへの掲載について（川崎市内の医療機関のみ記入要）

- 希望する 希望しない

※ 川崎市市外の医療機関及び高齢者等施設は、原則として掲載いたしません。