

記載例

(別紙1-1)

川崎市予防接種事業協力申出書

令和8年 5月 ●●日

(宛先) 川崎市 長

提出日を記入してください。

- 右の記載例は、契約者が法人の開設者の場合のものです。
- 契約者が院長、病院長又は施設長等の場合は、その職・氏名を記載してください。

所在地 **川崎市●●区●●町1-2-3**
名称 **医療法人社団 ●●会**
代表者職・氏名 **理事長 川崎 太郎**

代表者印

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。

契約書に用いる印（代表者印）を押印してください。

- 1 医療機関（高齢者等施設）名

医療法人社団 ●●会 ●●●●クリニック

- 2 予防接種に従事する全ての医師名

川崎 太郎

幸 花子

中原 三郎

- 高齢者インフルエンザ、または新型コロナウイルス感染症予防接種に従事する医師名のみを記載してください。
また、こちらに記載の医師の方について、医師免許証及び履歴書の写しを添付していただきます。
- 前年度に引き続きお申込みする医療機関等において、医師が変わらない場合も、医師免許証及び履歴書の写しの添付は必要です。

- 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。

- 「希望する」を選択した場合、川崎市のホームページの「予防接種個別協力医療機関名簿」に、医療機関名、郵便番号、住所、電話番号を掲載します。
- 川崎市外の医療機関及び高齢者等施設は、原則としてホームページへの掲載はしないため、チェックは不要です。