

# 川崎市新型コロナウイルス感染症 予防接種事業協力申出書

年 月 日

(宛先) 川崎市 長

所在地

医療機関名

代表者

印

私は、川崎市が行う新型コロナウイルス感染症予防接種事業に協力いたしたく、関係書類を添えて申出をいたします。

1 予防接種に従事する全ての医師名

---

---

---

2 医療機関の概要

名称	
開設場所	
電話番号	
メールアドレス	
開設年月日	
開設者氏名	
管理者氏名	

3 川崎市のホームページへの掲載について

[ホームページに掲載を希望する医療機関のみ○を御記入ください。]

( ) 希望する ※施設は原則不掲載となります