

記載例

(別紙 1 - 1)

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

印鑑は、契約手続きで使用するものと同じ
にしてください。

所在地 川崎市川崎区宮本町 1 番地

医療機関名 医療法人 ●●病院

代表者 院長 ●● ●●

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

川崎 太郎

幸 花子

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、履歴書
及び医師免許証それぞれの写しを添付していただ
きます。

2 医療機関の概要

名 称	医療法人 ●●病院
開設場所	川崎市川崎区宮本町 1 番地
電話番号	044-200-1220
メールアドレス	●●@●●.●●
開設年月日	昭和●●年●月●日
開設者氏名	院長 ●● ●●
管理者氏名	院長 ●● ●●

こちらに記載した内容に対応す
る開設許可及び開設届出事項中
の一部を変更したことを証明す
る書類を添付してください。

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