様式２

**秋田県広域予防接種事業**

**協力医療機関（ 変更 ・ 辞退 ）届**

※届出する項目を○で囲んでください。

　　年　　月　　日

一般社団法人秋田県医師会長　様

協力医療機関　名　　称

　　　　　所 在 地

　　　　　代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり届け出ます。

**変更**

①　協力医療機関に係る変更（名称・郵便番号・所在地・電話番号）

変更前：　　　　　　　　　　　　　　　変更後：

②　実施する定期の予防接種のワクチンに係る変更

（○：実施　▲：一部実施（入所者のみ等の制限あり）　空欄：未実施）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |  | 変更前 | 変更後 |  | 変更前 | 変更後 |  |
|  |  | 四種混合(DPT-IPV) |  |  | 風しん |  |  | 水痘 |
|  |  | 三種混合(DPT) |  |  | 日本脳炎 |  |  | B型肝炎 |
|  |  | 二種混合(DT) |  |  | 結核(BCG) |  |  | インフルエンザ(高齢者) |
|  |  | 不活化ポリオ |  |  | Hib感染症 |  |  | 高齢者用肺炎球菌 |
|  |  | 麻しん風しん混合 |  |  | 小児用肺炎球菌 |  |  |  |
|  |  | 麻しん |  |  | ヒトパピローマウイルス感染症 |  |  |  |
| 備考 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

③　協力医師に係る変更（氏名変更・追加・削除）

変更前：　　　　　　　　　　　　　　　変更後：

**辞退**

当医療機関は、秋田県広域予防接種事業の実施に関する協力について、次の理由により辞退します。

理　由：