**年度 秋田県広域予防接種事業実施依頼書**

　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人秋田県医師会長　様

秋田県広域予防接種事業委託契約に基づき、住民に対する定期の予防接種の種類及び委託料の額を次のとおり定め、実施することを依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ○× | 種　類 | 委託料 | 備考 |
|  | 五種混合(DPT-IPV-Hib) |  |  |  |  |
|  | 四種混合(DPT-IPV) |  |  |  |  |
|  | 三種混合(DPT) |  |  |  |  |
|  | 二種混合(DT) |  |  |  |  |
|  | 不活化ポリオ |  |  |  |  |
|  | 麻しん風しん混合 |  |  |  |  |
|  | 麻しん |  |  |  |  |
|  | 風しん |  |  |  |  |
|  | 日本脳炎 |  |  |  |  |
|  | 結核(BCG) |  |  |  |  |
|  | Hib感染症 |  |  |  |  |
|  | 小児用肺炎球菌 | (15価) | (20価) |  |  |
|  | ヒトパピローマウイルス感染症 | (２価) | (４価) | (９価) |  |
|  | 水痘 |  |  |  |  |
|  | B型肝炎 |  |  |  |  |
|  | ロタウイルス感染症 | (１価) | (５価) |  |  |
|  | インフルエンザ(高齢者） |  |  |  |  |
|  | 高齢者用肺炎球菌 |  |  |  |  |
|  | 新型コロナウイルス感染症 |  |  |  |  |
|  | 帯状疱疹 | （組換えワクチン） | （生ワクチン） |  |  |
| 予診料 |  |  |  |  |

市町村長　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当課所

電話番号