（別紙様式４－２）（第７の１（２）関係）

**岩手県広域的予防接種協力医療機関等変更届**

　　　　年　　月　　日

一般社団法人岩手県医師会長　殿

所在地

連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （FAX）

医療機関名

代表者の職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり届け出ます。

１　協力医療機関に係る変更

（医療機関の所在地、法人名、医療機関名、代表者指名、連絡先(電話)(FAX)）※変更する項目を○で囲む。

　　変更前：　　　　　　　　　　　　　　　変更後：

２　実施する予防接種に種類に係る変更（実施する場合：○を記入　実施しない場合：空欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ類疾病 | DPT－IPV(四種混合) | DPT(三種混合) | DT(ジフテリア･破傷風) | IPV(不活化ポリオ) | 麻しん風しん混合(MR)  | 麻しん | 風しん | 日本脳炎 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 結核(BCG) | Hib感染症 | 小児の肺炎球菌感染症 | HPV感染症 | 水痘 | B型肝炎 | ロタウイルス感染症 | DPT-IPV-Hib(五種混合) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| B類疾病 | 高齢者の季節性インフルエンザ | 高齢者の肺炎球菌感染症 | 新型コロナウイルス感染症 |  |
|  |  |  |

３　協力医師に係る変更（氏名変更・追加・削除）

　　変更前：　　　　　　　　　　　　　　　　変更後：

４　特記事項に係る変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

　※　医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、

　　その内容を記載してください。