

【予防接種受託医療機関用】※自院控えとして原本の写しを保管してください。

令和7年度 野々市市個別予防接種等実施協力承諾書

記入例

野々市市長様

当医療機関に所属する以下の医師は、予防接種事業委託契約締結の権限を、一般財団法人白山のいち医師会長に委任し、予防接種の実施について下記の内容で協力することを承諾します。

令和 7年 2月 3日

医療機関所在地 野々市市三納三丁目128番地
医療機関名（法人名含む） 医療法人社団 ●●●会 野々市クリニック
開設者又は管理者名 野々市 一郎
電話番号 076-248-3511
FAX番号 076-248-7771

印
押印要

（事務担当者氏名： 三納 はなこ ）

1 承諾期間

令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

2 予防接種承諾内容（実施する種別に○を記入してください）

協力は○	予防接種の種類	協力は○	予防接種の種類
<input type="radio"/>	B C G	<input type="radio"/>	日本脳炎Ⅰ期
<input type="radio"/>	ヒブ	<input type="radio"/>	日本脳炎Ⅱ期
<input type="radio"/>	小児肺炎球菌	<input type="radio"/>	日本脳炎特例措置
<input type="radio"/>	B型肝炎	<input type="radio"/>	二種混合Ⅱ期
<input type="radio"/>	五種混合	<input type="radio"/>	子宮頸がん2価
<input type="radio"/>	四種混合	<input type="radio"/>	子宮頸がん4価
<input type="radio"/>	三種混合	<input type="radio"/>	子宮頸がん9価
<input type="radio"/>	不活化ポリオ	<input type="radio"/>	ロタ（ロタリックス）
<input type="radio"/>	水痘	<input type="radio"/>	ロタ（ロタテック）
<input type="radio"/>	MRⅠ期	<input type="radio"/>	新型コロナウイルス感染症 ※1
<input type="radio"/>	MRⅡ期	<input type="radio"/>	高齢者インフルエンザ ※1
<input type="radio"/>	麻しんⅠ期	<input type="radio"/>	高齢者肺炎球菌
<input type="radio"/>	麻しんⅡ期	<input type="radio"/>	帯状疱疹（生ワクチン）※2
<input type="radio"/>	風しんⅠ期	<input type="radio"/>	帯状疱疹（組換えワクチン）※2
<input type="radio"/>	風しんⅡ期		

※1の実施時期は10月1日～1月31日（予定）

※2は令和7年度からB類予防接種に位置づけられる予定

実施時期は未定

【予防接種受託医療機関用】※自院控えとして原本の写しを保管してください。

3 予防接種実施協力医（記載されていない医師は接種できません）

※協力医師の変更等が生じた場合には、速やかにご連絡をお願いいたします。

※10名を超える場合は下記に「別紙のとおり」と記載の上、別紙に記載し、この用紙に
ホッチキス止めして添付してください。

No	接種医師氏名	No	接種医師氏名
1	野々市 一郎	6	
2	野々市 椿	7	
3		8	
4		9	
5		10	

4 市民への情報提供について

①A類疾病・B類疾病予防接種受託に関する特記事項等があれば記入してください。

市民からの問い合わせの際には下記に記載のとおり回答します。

（例）通院患者のみ接種可能、事前予約が必須、○歳以上ののみ受付可 など

予防接種	特記事項（具体的に）
A類疾病	子宮頸がんワクチンは9価のみ
B類疾病	通院患者のみ事前予約にて接種可能

②野々市市内の医療機関の方のみ回答してください。

下記の内容について○を記入してください。

【A類疾病予防接種】

指定医療機関一覧（お知らせ・ホームページ）への掲載 [可 · 不可]

【B類疾病予防接種】

指定医療機関一覧（お知らせ・ホームページ）への掲載 [可 · 不可]