

【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8年度 野々市市個別予防接種等実施協力承諾書

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 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名（法人名含む）

開設者又は管理者名

電話番号

FAX番号

印

（事務担当者氏名： ）

### 1 承諾期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

### 2 予防接種承諾内容（実施協力する種別に○を記入してください）

協力は○	予防接種の種類
	B C G
	ヒブ
	小児肺炎球菌
	B型肝炎
	五種混合
	三種混合
	不活化ポリオ
	水痘
	MRⅠ期
	MRⅡ期
	麻しんⅠ期
	麻しんⅡ期
	風しんⅠ期
	風しんⅡ期
	風しん第5期（MR）

【A類疾病】

協力は○	予防接種の種類
	風しん第5期（風しん）
	日本脳炎Ⅰ期
	日本脳炎Ⅱ期
	日本脳炎特例措置
	二種混合Ⅱ期
	子宮頸がん9価
	ロタ（ロタリックス）
	ロタ（ロタテック）
	RSウイルス（母子免疫ワクチン）
	新型コロナウイルス感染症 ※1
	インフルエンザ（標準量） ※1
	インフルエンザ（高用量75歳以上） ※1
	高齢者肺炎球菌（PCV20）
	带状疱疹（生ワクチン）
	带状疱疹（組換えワクチン）

【A類疾病】

【B類疾病】

※1の実施時期は10月1日～1月31日

【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、速やかに変更届の提出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		6	
2		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、○歳以上のみ受付可 など

予防接種	特記事項（具体的に）
A類疾病	
B類疾病	

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 ]