

## 相互乗り入れ予防接種実施報告書

令和 年 月 日

医師会長 殿

所在地  
医療機関名  
代表者

印

令和 年 月分について、予診票を添付の上、下記のとおり報告します。

(単位 ; 件)

市町村名	D P T I P V	D P T	D T	M R	麻 し ん	風 し ん	日 本 脳 炎	ポ リ オ	B C G	子 宮 頸 がん 予 防	ヒ ブ	小 児 用 肺 炎 球 菌	水 痘	B 型 肝 炎	ロ タ ウ イ ル ス		イ ン フ ル エ ン ザ	高 齢 者 用 肺 炎 球 菌	予 診 の み	計	
															1 価	5 価					
計																					

(注) 医療機関は、実施月分を翌月 10 日までに当該郡市地区医師会へ提出する。