

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 - H i b	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	新型コロナウイルス		带状疱疹		予診のみ	計
					1期 2期	5期		1期 2期	5期				2価 4価	9 価		15 価	20 価			1 価	5 価				生	組換え			
計																													

（注）医療機関は、実施月分を翌月 1 0 日までに当該郡市地区医師会へ提出する。