（様式4－2）[医療機関→郡市医師会]

令和　年　月　日

愛知県広域予防接種事業協力医師名簿

医療機関名	
所在地	（〒　　－　　）
電話番号	
管理者名	

No.	医師名	接種可能ワクチンに○を記入																			
		A類疾病																		B類疾病	
		百日せきジフテリア破傷風混合	ジフテリア破傷風混合	急性灰白髄炎	百日せきジフテリア破傷風急性灰白髄炎混合	麻しん風しん混合	麻しん	風しん	日本脳炎	BCG	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型	小児用肺炎球菌	ヒトパピローマウイルス（サーバリックス）	ヒトパピローマウイルス（ガーダシル）	水痘	B型肝炎	ロタウイルス（ロタリックス）	ロタウイルス（ロタテック）	高齢者インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					