

年 月 日

変 更 届

定期予防接種広域化に係わる契約について、下記のとおり変更いたします。

【変更前】

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

その他 _____

【変更後】

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

その他 _____

【広域接種実施項目の変更の有無】 ☐有 ☐無 (※いずれかに☑を入れてください。)

【変更後の実施項目をホームページに掲載する】 ☐はい ☐いいえ

※実施項目を変更される場合は、変更項目だけでなく、変更後の実施項目全てに
○をご記入下さい。

DPT- IPV-Hib	DPT-IPV	DPT	D T	麻しん 1・2期	麻しん 3・4期	風しん 1・2期	風しん 3・4期	風しん 5期
M R 1・2期	M R 3・4期	M R 5期	日本脳炎	BCG	ポリオ	子宮頸 がん	ヒブ	小児用 肺炎球菌
水痘	B型肝炎	ロタ ウイルス	高齢者用 肺炎球菌	高齢者用 インフルエンザ	新型コロナ ウイルス	帯状疱疹		

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____