（別紙様式７）（５の（２）の③関係）

**変　更　届**

　　年　　月　　日

公益社団法人青森県医師会長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 | (電話)(FAX) |
| 医療機関名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　青森県内広域予防接種に係る委任の内容を下記のとおり届け出ます。

記

１　広域予防接種協力医療機関に係る変更（変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日）

　（医療機関の所在地、医療機関名、代表者氏名、連絡先（電話・ＦＡＸ）

※変更する項目に〇で囲む。）

　変更前：

　変更後：

２　実施する予防接種の種類の変更（変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日）

※広域予防接種として実施するものに〇を記入。実施しない場合は空欄。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 四種混合 | 二種混合 | ＭＲ混合（第1期・第2期） | 日本脳炎 | ＢＣＧ | ポリオ | ＨＰＶ | ヒブ | 小児用肺炎球菌 | 水痘 | Ｂ型肝炎 | ロタウイルス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３　特記事項に係る変更（変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日）

　※変更後の内容を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

※医療機関の都合により広域予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。