群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約　変更届

令和　　　年　　　月　　　日

群馬県医師会長　様

郡市医師会名：

医療機関名：

理事長・施設長名：

下記のとおり、変更がありましたので報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更年月日 | 令和　 　　年　　 　月　 　　日 |

【医療機関に関する変更】

※変更項目に○印を付け必要事項を記入のうえ、委任状が必要な場合には添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| 1．医療機関名 |  |  |
| 2．所 在 地 |  |  |
| 3．電話番号 |  |  |
| 4．理事長・施設長名  （新代表者名の委任状を添付） |  |  |
| 5．そ の 他 |  |  |

【予防接種の種類に関する変更】

変更前（現在、実施している予防接種の種類に○印を付してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ類疾病に係る予防接種 | | | | | | | | | | | | | | | | Ｂ類 | |
| 五混 | 四混 | 三混 | 二混 | ＭＲ | 麻疹 | 風疹 | 日脳 | BCG | ﾎﾟﾘｵ | HPV | ヒブ | 小児用  肺炎球菌 | 水痘 | Ｂ型  肝炎 | ロタ | ｲﾝﾌﾙ | 高齢者用  肺炎球菌 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

↓

変更後（変更後の予防接種の種類に○印を付してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ類疾病に係る予防接種 | | | | | | | | | | | | | | | | Ｂ類 | |
| 五混 | 四混 | 三混 | 二混 | ＭＲ | 麻疹 | 風疹 | 日脳 | BCG | ﾎﾟﾘｵ | HPV | ヒブ | 小児用  肺炎球菌 | 水痘 | Ｂ型  肝炎 | ロタ | ｲﾝﾌﾙ | 高齢者用  肺炎球菌 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【接種医師の変更】

※変更項目に○印を付け、委任状が必要な場合には添付してください。

１．接種医師の追加　→　追加接種医師の委任状を添付

２．接種医師の削除　→　辞退する接種医師名：

＊上記に書ききれない場合は、別紙に記載してください。