承　諾　書

　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

　　　　上尾市長　畠山　稔

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 電話番号 |  |

　上尾市からの予防接種の実施に関する協力要請に応じて、上尾市の実施する予防接種に協力することを承諾いたします。

記

定期予防接種

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチン名 | 協力の承諾 | ワクチン名 | 協力の承諾 | ワクチン名 | 協力の承諾 |
| ロタウイルス |  | 四種混合 |  | 風しん単抗 |  |
| 小児用肺炎球菌 |  | 三種混合 |  | 水痘 |  |
| ヒブ |  | 不活化ポリオ |  | 日本脳炎 |  |
| Ｂ型肝炎 |  | 二種混合 |  | 子宮頸がん予防 |  |
| ＢＣＧ |  | ＭＲ |  | 高齢者肺炎球菌 |  |
| 五種混合 |  | 麻しん単抗 |  | 帯状疱疹 |  |

協力医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | ㊞ | 氏　　　名 | ㊞ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 協力医師名を全て、名簿に記載ください。記載されていない医師は接種できません。

協力医師の変更等が生じた場合には、速やかにご連絡をお願いいたします。

* 早急に提出して頂きますよう、お願いいたします。（原本が必要です）