

(様式7)

変 更 届

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県医師会会長 様

医療機関名
所在地
電 話
医療機関の長
又は管理者名

印

愛知県広域予防接種事業について、下記のとおり変更しますので届出ます。

記

変更事項 (該当項目にチェックする)

- 接種協力医師
- 接種可能ワクチン
- その他 ()

(変更前)

(変更後)

(添付書類)

接種協力医師の変更にあつては、「愛知県広域予防接種事業協力医師名簿」(様式4-2)を添付すること。