（様式４－２）［医療機関→郡市医師会］

令和　　年　　月　　日

愛知県広域予防接種事業協力医師名簿

医療機関名	
所 在 地	〒　－
電 話 番 号	
管 理 者 名	

No.	医師名	接種可能ワクチンに〇を記入																								
		A類疾病																			B類疾病				
		百日せき・ジフテリア・破傷風（ＤＰＴ）	ジフテリア・破傷風（ＤＴ）	急性灰白髄炎	百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎（ＤＰＴ－ＩＰＶ）	５種混合	麻しん・風しん	麻しん	風しん	日本脳炎	結核（ＢＣＧ）	Ｈｉｂ感染症	小児用肺炎球菌感染症（１５価）	小児用肺炎球菌感染症（２０価）	ヒトパピローマウイルス感染症			水痘	Ｂ型肝炎	ロタウイルス感染症		高齢者インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌感染症	新型コロナ	帯状疱疹	
															サーバリックス（２価）	ガーダシル（４価）	シルガード９（９価）			ロタリックス（１価）	ロタテック（５価）				ビケン	シングリックス
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										