

# 変更届

令和 年 月 日

一般社団法人高知県医師会長 様

医療機関所在地  
電話番号  
医療機関名  
開設者名又は管理者名

印

令和 年 月 日付けで提出しました委任状の医師名等に変更がありましたので、高知県広域化予防接種委託契約書第3条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

## 1 医療機関の名称、所在地、開設者名の変更

変更前  
変更後

## 2 受託予防接種区分変更

予防接種法第5条第1項に基づき市町村長が実施する定期予防接種に関し、A類疾病及びB類疾病のうち○を付けた区分について予防接種の実施に協力する旨を承諾します。

| A類疾病                     |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 三種混合                            |
| <input type="checkbox"/> | 二種混合                            |
| <input type="checkbox"/> | 麻しん                             |
| <input type="checkbox"/> | 風しん（第5期を除く）                     |
| <input type="checkbox"/> | 日本脳炎                            |
| <input type="checkbox"/> | 単独不活化ポリオ                        |
| <input type="checkbox"/> | 四種混合<br>(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)    |
| <input type="checkbox"/> | 五種混合<br>(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、ヒブ) |
| <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん予防ワクチン(HPV)                |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ菌b型(Hib)                 |

| A類疾病                     |         |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 小児用肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> | 水痘      |
| <input type="checkbox"/> | B型肝炎    |
| <input type="checkbox"/> | ロタ      |
| <input type="checkbox"/> | B C G   |

| B類疾病                     |         |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナ   |

注1 2に該当する場合

- (1) 「区分変更」の該当するものを○で囲んでください。  
※上記太枠内に、変更後実施する受託予防接種のすべてに「○」を記入してください。

注2 令和5年度より、接種を実施する医師名についての記載は不要となりました。