

令和8年1月26日

各医療機関 御中

香川県医師会
(公印省略)

香川県広域予防接種(風しん5期)の届出について

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記の件につきまして、「新規・変更・辞退」を希望される医療機関について、書類の提出をお願いいたたく存じます。つきましては、4月1日(水)までに、所属郡市区医師会に提出していただきますようお願いいたします。(変更がない場合は提出いただくなくても結構です)

なお、届出書類の提出がない医療機関は変更がないものとして取り扱いさせていただきますので、ご留意下さいますようお願いいたします。

今回ご提出いただいた医療機関につきましては、5月に各市町へ報告となります。次回は令和8年10月報告(提出期限:令和8年9月初旬)です。途中、新規参加はできませんので、ご留意下さいますようお願いいたします。

なお、接種医師の変更については、その都度、県医師会へご報告いただくことになっております。よろしくお願いいたします。

記

1. 提出期限: 4月1日(水)
2. 提出先: 仲多度郡・善通寺市医師会 (FAX: 63-4409)
3. 提出書類:
 - 様式4: 風しん5期用 承諾書 (新規の場合のみ)
 - 様式5: 風しん5期用 変更届
※以下の事項に変更がある場合のみ提出
①所在地 ②施設名 ③管理者又は開設者名 ④予防接種を行う医師
 - 様式6: 風しん5期用 辞退届

※押印は不要です

※様式のデータは、所属郡市区医師会及び本会にありますので、ご入用でしたらご連絡下さい

4. 注意事項:
医療機関の名称(法人名含む)及び管理者または開設者については、正式名を記載して下さい。(法人化した場合は施設名称の変更にあたります)

以上

承 諾 書

香川県医師会長 殿

私は、予防接種法施行令附則第3項の規定による読替え後の同令第3条第1項の表 風しんの項第3号の「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性」に対して、市町長が実施する予防接種法第2条第4項の定期の予防接種(風しんの第5期の定期接種)について、広域予防接種(相互乗り入れ)に協力することを承諾します。

令和 年 月 日

医療機関名		
郵便番号	〒	
所在地		
電話番号		
開設者又は管理者		
予防接種を行う医師 ※医師名を記入してください (書き切れない場合は別紙を添付)		

変更届

香川県医師会長 殿

風しん第5期の定期接種に係る承諾書の記載事項について変更がありましたので、下記のとおり届出いたします。

令和 年 月 日

【変更内容: _____】

医療機関名		
郵便番号	〒	
所在地		
電話番号		
開設者又は管理者		
予防接種を行う医師 ※医師名を記入してください (書き切れない場合は別紙を添付)		

辞 退 届

香川県医師会長 殿

私は、香川県広域予防接種契約に基づき実施する上記予防接種の接種について辞退いたします。

令和 年 月 日

医療機関名	
郵便番号	〒
所在地	
電話番号	
開設者又は管理者	