（様式１－２）

令和　　年　　月　　日

# 岐阜県広域化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 | |

接種可能ワクチン　（可能な予防接種に〇を記入）

| 医　師　名 | A類疾病 | | | | | | | | | | | | | | | | B類疾病 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 百日せきジフテリア破傷風混合 | ジフテリア破傷風混合 | 急性灰白髄炎 | 百日せきジフテリア破傷風急性灰白髄炎混合 | 百日せきジフテリア破傷風急性灰白髄炎ヘモフィルスｂ型混合 | 麻しん風しん混合 | 麻しん | 風しん | 日本脳炎 | ＢＣＧ | ヘモフィルスインフルエンザ菌ｂ（Ｈｉｂ） | 小児用肺炎球菌 | ヒトパピローマウイルス | 水痘 | Ｂ型肝炎 | ロタウイルス感染症 | インフルエンザ | 新型コロナウイルス感染症 | 高齢者用肺炎球菌 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |