記入例

（様式１）《医療機関⇒鹿児島県医師会》

年　　月　　日

高齢者（成人）用肺炎球菌予防接種相互乗り入れ実施報告書

鹿児島県医師会長　殿

住所　　鹿児島市中央町８－１
医療機関名　〇〇病院　　印
電話番号　　099-254-8121
報告(事務処理)担当者名　医事課　●●

担当者名を必ずご記入ください。

委託契約に基づき高齢者用肺炎球菌予防接種相互乗り入れを下記のとおり実施致しましたので、**予診票の原本**を添えて報告致します。

記

市町村名	件　数		備　考
	一般	生保	
〇　〇　〇　市	7		
□　□　□　町	2		
△　△　△　市	5	1	
合　　計			

※鹿児島市は生保欄に非課税世帯も併せて記載下さい。

※提出期限は、翌月の７日です。【厳守】

※数か月分まとめてのご提出はご遠慮ください。

※記載例・市町村取扱い一覧を十分ご確認の上、報告をお願いします。
※関係書類につきましては、県医師会ＨＰにも掲載しております。
※用紙不足の場合は、コピーしてお使いください。

提出先：県医師会　地域保健課
〒890-0053　鹿児島市中央町 8-1
TEL 099-254-8121　FAX 254-8129