

回答先:横浜市健康福祉局 障害自立支援課 あて

FAX:(045)671-3566

【横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業】

医療機関意向連絡票

<回答に当たっての注意点> ~回答前に御一読ください~

- 1 本連絡票は、横浜市健康福祉局障害自立支援課へ FAX にて御提出願います。
- 2 事業開始は連絡票受領月の翌月 1 日とします。
- 3 回答に当たって御不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先までお願いいたします。
健康福祉局障害自立支援課 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業担当(電話:045-671-3891)

回答日: 年 月 日

【照会 1】 基本項目

照会事項	回答事項
医療機関名	(本事業の契約者) ※ (例) 肩書: 院長 氏名: 横浜 一郎 肩書: 氏名:
郵便番号	〒
住所	横浜市 区
電話番号	0 4 5 -
ファックス番号	(電話番号と同じ場合) 同 上 (○をつけてください) (電話番号と異なる場合) 0 4 5 -

【照会 2】 協力意向及び公表意向

照会事項	回答事項
(1) 横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業への協力	可 ・ 否
(2) 「協力医療機関」としての名称等の公表	可 ・ 否

【照会 3】 所属確認

照会事項	回答事項
(1) 医師会に所属していますか? ※いいえの場合、個別に契約を結ぶ必要があります。	はい・いいえ

横浜市 記入欄	マスタ追加日 【 年 月 日】	契約書送付日 【 年 月 日】	ホームページ公表日 【 年 月 日】
------------	--------------------	--------------------	-----------------------