

国の風しんの追加的対策に関する
実施医療機関変更申出書

年 月 日

横浜市医師会長 殿

医療機関名

代表者名

印

下記のとおり医療機関情報に、変更事項が発生しましたので、申し出いたします。

【変更前】すべてご記入ください。

医療機関 コード		医療機関名			
郵便番号		住所			
電話番号		抗体検査 実施		定期接種 実施	

【変更後】※変更箇所のみご記入ください。

医療機関 コード		医療機関名			
郵便番号		住所			
電話番号		抗体検査 実施		定期接種 実施	

※本用紙は郡市医師会へ原本を郵送ください。なお必ず複写を取り医療機関にて申請日より5年間保管してください。