

令和8年7月

関係医療機関各位

出水郡医師会事務室

高齢者インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症の
協力医療機関の取りまとめについて

例年、標記の件について、例年ご協力いただき感謝申し上げます。

さて、今年もインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種の「**全県的相互乗入契約**」について実施して参りますので、ご協力いただける医療機関の取り纏めを行いたいと思います。

接種内容は以下の通りとなります。昨年の実施協力医療機関は別紙の通りです。

7月31日(金)までにご回答、委任状、振込口座登録届、辞退届の**原本**を医師会事務室までご提出くださるようお願い申し上げます。(新たに「全県的相互乗入」に参加される場合には「委任書」及び「振込口座登録届」、また辞退される場合は「辞任届」のご提出が必要となりますのでご承知ください。)

高齢者等インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種について

対象者	予防接種法に規定される対象者とする。 ● 65歳以上の者 ● 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者)並びに任意接種として実施する同予防接種に対し、市町村が補助を行っている対象者。
実施期間	市町村により異なります。
接種料	市町村により異なります。
その他	● 実施要領については、鹿児島県医師会より文書が送付されてまいります。 ● 1件当たり50円の事務手数料が差し引かれます。

切り取らずにファックス送信ください。

出水郡医師会事務室行き (FAX 62-6336)

7月31日(金)迄

該当する箇所に○を入れてください。

★昨年と変更がなくとも必ずご回答をお願い致します★

全県的相互乗入	実施 (要予約)	実施 (予約不要)	辞退 /しない	内容の変更がある場合には その内容をご記入ください。
高 齢 者 等 イン フ ル エ ン ザ				
新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス 感 染 症				

※提出書類※ **7月31日(金)迄に原本を**医師会事務室へご提出ください。

- ・新たに「全県的相互乗入」に参加される場合には「委任書」及び「振込口座登録届」
- ・辞退される場合は「辞任届」

医療機関名：

担当者名：

※必ず医療機関名のご記入をお願い致します。

定期予防接種相互乗り入れ（B 類疾病）
業務委託契約委任書

令和 年 月 日

鹿児島県医師会長 殿

医療機関名

所在地

代表者氏名

印

私並びに私が雇用する医師は、貴職が鹿児島県下各市町村長と締結する「定期予防接種相互乗り入れ（B 類疾病）業務委託契約」に基づき、予防接種業務を実施することを承諾し、委託契約の権限を貴職に委託します。

記

《実施する予防接種の種類》

※実施をしない予防接種については二本線にて抹消のこと。

○インフルエンザ

○新型コロナウイルス感染症

委託料振込口座《 新規 ・ 変更 》届

※新規・変更登録を希望する委託事業に○印をご記入ください。

	妊産婦・乳幼児健診
	定期予防接種相互乗り入れ(A 類疾病)
	高齢者用肺炎球菌予防接種相互乗り入れ(B 類疾病)
	带状疱疹予防接種相互乗り入れ(B 類疾病)
	インフルエンザ予防接種相互乗り入れ(B 類疾病)
	新型コロナウイルス感染症予防接種相互乗り入れ(B 類疾病)

所 在 地

医 療 機 関 名

代 表 者 氏 名

印

電 話 番 号

担 当 者 氏 名

《 今回登録される振込口座 》

銀行

支店・出張所(普通預金 ・ 当座預金)

口座番号

ふりがな
口座名義

【県医師会記入欄】 顧客番号()

年 月 日 処理済

定期予防接種相互乗り入れ（B 類）委託契約委任辞退届

令和 年 月 日

鹿児島県医師会長 殿

医療機関名

所 在 地

代表者氏名

印

私並びに私が雇用する医師は、貴職が鹿児島県下各市町村長と締結する「定期予防接種相互乗り入れ業務委託契約」による予防接種業務を実施することを辞退します。

記

※辞退される予防接種に○印を付してください。

【 】 インフルエンザ

【 】 新型コロナウイルス感染症