

令和8年度光市広域予防接種業務(B類疾病インフルエンザ)委託報告書

令和 年 月 日

光市長 様

(法人の場合:法人名、代表者名)
医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(担当者名:)
(電話番号:)

令和 年 月分を下記のとおり報告します。

※翌月10日までに、予診票と一緒に健康増進課へ提出ください。

(内 訳)

区 分	接 種 者 数		
	65歳以上	※60～65歳未満	計
一般	人	人	人
生活保護受給者	人	人	人
予診のみ	人	人	人
合計			人

※については、該当要件を満たす者のみ対象