

風しん追加的対策（経過措置）に係る予防接種実施報告書

年 月 日

福山市長様

所在地

医療機関名

代表者名



【実施月】 ※該当するものにチェック✓

<input type="checkbox"/> 6月・7月実施分	<input type="checkbox"/> 8月・9月実施分
<input type="checkbox"/> 10月・11月実施分	<input type="checkbox"/> 12月・1月実施分
<input type="checkbox"/> 2月・3月実施分	

【実施件数】

種別	件数
麻しん風しん混合ワクチン	件
風しん単独ワクチン	件
予診のみ	件
合計件数（注1）	件

（注1）合計件数と予診票の枚数が同数であることを確認してください。

（注2）取りまとめ月の翌月10日までに郵送等で提出してください。

【添付書類】

予診票

【提出先】

福山市保健福祉局保健部保健予防課

〒720-8512

福山市三吉町南二丁目11番22号 福山すこやかセンター4階