

提出先: 福山市保健所保健予防課

FAX (084)921-6012

Mail: hoken-yobou@city.fukuyama.hiroshima.jp

※FAX 又は電子申請システムの、いずれかの方法でご回答ください。

2025 年度（令和 7 年度）福山市定期予防接種実施協力回答書
（高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種用）

福山市医師会長様
松永沼隈地区医師会長様
府中地区医師会長様
深安地区医師会長様
福山市長様

医療機関（施設） の名称	
所在地	
代表者名	
連絡先	

(担当者名)

(FAX 番号)

(Mail)

※ 提出後に回答内容等に変更がある
場合は、随時お知らせください。

1. 次の 2025 年度（令和 7 年度）福山市定期予防接種について、貴医療機関における個別接種の実施の可否等について、○印を御記入ください。

予防接種の種類	実施の可否	医療機関名の公表
高齢者インフルエンザ予防接種	する ・ しない	する ・ しない
高齢者新型コロナウイルス感染症 予防接種	する ・ しない	する ・ しない

2. 医師会への加入状況について御回答ください。（該当のものに○印を御記入ください。）

① 市内医師会への加入状況	加入 ・ 非加入
② 加入医師会名（①が加入の場合）	福山市医師会 ・ 松永沼隈地区医師会 ・ 府中地区医師会 ・ 深安地区医師会

（①の回答が「加入」の場合、次の事項を②の医師会に対し委任します。）

- 予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づき福山市が実施する定期予防接種のうち、1 の設問において当院が実施すると回答したものについて、2 の②の加入医師会を代表者とした委託契約を締結し、当該医師会を介して委託料を受領すること。
- 上記 I の契約について、当院の脱退の意思に基づき当該委託契約を解除すること。