

~~※2026年(令和8年)2月20日(金)までにご回答くださいますようお願い申し上げます。~~2026年度(令和8年度)福山市定期予防接種実施協力回答書兼委任状
(乳幼児等・高齢者肺炎球菌・高齢者带状疱疹予防接種用)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	

※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。

(担当者名)

(FAX番号)

(Mail)

1. 次の2026年度(令和8年度)福山市定期予防接種(①・②・③の3種類)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、○印で囲んでください。

① 乳幼児等予防接種 する ・ しない

※「する」と回答した場合は、次の欄にも回答してください。
また、医療機関名は公表されます。

予防接種の種類	実施の可否	予防接種の種類	実施の可否	予防接種の種類	実施の可否
BCG	する ・ しない	・5種混合 ・ポリオ ・3種混合	する ・ しない	2種混合	する ・ しない
B型肝炎	する ・ しない	麻疹風しん混合 (麻疹・風しん)	する ・ しない	HPV(ヒトパピ ローマウイルス)	する ・ しない
ロタウイルス	する ・ しない	水痘	する ・ しない	RSウイルス	する ・ しない
・小児用 肺炎球菌 ・ヒブ	する ・ しない	日本脳炎	する ・ しない		

② 高齢者肺炎球菌予防接種 する ・ しない

※「する」と回答した場合は、次の欄にも回答してください。

医療機関名の 公表	希望する ・ 希望しない
--------------	--------------

③ 高齢者带状疱疹予防接種 する ・ しない

※「する」と回答した場合は、次の欄にも回答してください。

医療機関名 等の公表	希望する(両方実施・生ワクチンのみ実施・組換えワクチンのみ実施) ・ 希望しない
---------------	--

2. 医師会への加入状況について御回答ください。(該当のものを○印で囲んでください。)

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。