

医療機関番号

令和 年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関名

院長名

令和7年度 月分

高松市任意予防接種費用に対する助成事業実施報告書

次のとおり、任意予防接種を実施しましたので、報告します。

区分	事項	接 種
	三種混合	件
	おたふくかぜ	件
	合 計	件

送付先：〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市保健所

感染症対策課 TEL (087) 839-2870

FAX (087) 813-0221

送付期限：予診票とともに、翌月の10日まで(必着)

※10日が土、日、祝日の場合は、翌平日まで

注) 実施していない場合も、件数0件として送付してください。

(0件の場合FAX可)