

医療機関番号 _____

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

電話番号

令和8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。

	接 種
三種混合	件
おたふくかぜ	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

FAX： (087) 813-0221

期限： 予診票とともに、翌月の10日（必着）

※ 10日が土、日、祝日の場合は翌平日まで

実施していない場合も、件数を0件として提出（FAX可）