

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 高松市高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書

次のとおり、令和 年 月分インフルエンザ予防接種を実施しましたので、報告します。

区 分 \ 事 項	被 接 種 者 数	
	65歳以上	60～64歳 (※確認書類添付)
自己負担金 徴収者	人	人
自己負担金 免除者 (※確認書類添付)	人	人
合 計	人	人

接 種 不 可 (保険診療をしなかった場合)	人
------------------------	---

●添付書類 ※(2)・(3)の書類は、予診票の後にホッチキスでとめてください。

- (1) 予診票
- (2) 自己負担金免除者の場合はその確認書類
- (3) 60～64歳で、実施要領1-(2)に該当する者は、予防接種対象者確認書又は身体障害者手帳の写し

●送付期限

翌月の10日必着 (10日が土日祝日の場合はその翌平日)

※当月の実績がない場合でも、原則10月から3月までの間は実施報告書の提出が必要です。

FAXまたは郵送にて、0件報告の御提出をお願いします。

※当該年度において、インフルエンザ予防接種の受付を終了した場合は、下記のチェックボックスに☑を入れ、御報告をお願いします。(その場合、翌月以降の報告は不要です。)

【インフルエンザ予防接種実施終了報告】

- ☐ 当院での、予防接種の受付は 月 日で終了いたしました。
つきましては、今回を最終の報告といたします。(終了時点での予診票の残数：約 枚)

【お問い合わせ先・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 予防接種係
TEL (087) 839-2870
FAX (087) 813-0221

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 高松市新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書

次のとおり、令和 年 月分新型コロナウイルス感染症予防接種を実施しましたので、報告します。

区 分 \ 事 項	被 接 種 者 数	
	65歳以上	60～64歳 (※確認書類添付)
自己負担金 徴収者	人	人
自己負担金 免除者 (※確認書類添付)	人	人
合 計	人	人

接 種 不 可 (保険診療をしなかった場合)	人
------------------------	---

●添付書類 ※(2)・(3)の書類は、予診票の後にホッチキスでとめてください。

- (1) 予診票
- (2) 自己負担金免除者の場合はその確認書類
- (3) 60～64歳で、実施要領1-(2)に該当する者は、予防接種対象者確認書又は身体障害者手帳の写し

●送付期限

翌月の10日必着 (10日が土日祝日の場合はその翌平日)

※当月の実績がない場合でも、原則10月から3月までの間は実施報告書の提出が必要です。

FAXまたは郵送にて、0件報告の御提出をお願いします。

※当該年度において、新型コロナウイルス感染症予防接種の受付を終了した場合は、下記のチェックボックスに☑を入れ、御報告をお願いします。(その場合、翌月以降の報告は不要です。)

【新型コロナウイルス感染症予防接種実施終了報告】

- ☐ 当院での、予防接種の受付は 月 日で終了いたしました。
つきましては、今回を最終の報告といたします。(終了時点での予診票の残数：約 枚)

【お問い合わせ先・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 予防接種係
TEL (087) 839-2870
FAX (087) 813-0221