

(別紙様式)

受託医療機関以外の場合での新型インフルエンザの予防接種の実施について

厚生労働大臣 殿

受託医療機関

名： _____

代表者氏名： _____

印

住 所： _____

電話番号： _____

受託医療機関以外の場合において、集団的接種を実施するため、新型インフルエンザ予防接種業務委託契約書第8条第1項の規定に基づき協議します。

再委託先の名称及び代表者氏名 (再委託先が複数の場合は、すべて記載すること)	(再委託先の名称)		(代表者氏名)
再委託業務の範囲 (再委託先が複数の場合は、それぞれの再委託先ごとに記載すること)	(再委託先の名称)	(再委託業務の範囲)	
集団的接種の実施予定内容			
実施日		平成 年 月 日～平成 年 月 日 (計 日)	
実施場所の住所・名称			
優先接種対象者等の別			
接種予定者数			
接種を行う者の体制	うち、受託医療機関(申請者)	医師 名、看護師 名、保健師 名、事務従事者 名、その他 名、計 名	
	うち、再委託先	医師 名、看護師 名、保健師 名、事務従事者 名、その他 名、計 名	
応急治療体制			
救急搬送体制			
その他特記事項 (上記記載事項以外の事項について、具体的に記載すること)			

※適宜、行を追加して具体的に記載すること

※別添として、実施計画及び再委託契約書の写し(案でも可)を添付すること。