

秋田市小児等インフルエンザワクチン接種費助成事業に係る
協力医療機関の募集に関する回答票

提出日		令和 8 年		月		日	
送信元							
医療機関名							
代表者名							
担当者名							
連絡先							

- 1 協力医療機関として登録を希望しますか。
☐ 希望する ☐ 希望しない（回答は以上です。）
 - 2 1で希望すると回答した場合、実施予定の対象者区分についてご回答ください。
☐ 13歳未満の小児 ☐ 13歳以上の中学生 ☐ 妊婦
 - 3 市ホームページの協力医療機関一覧への掲載を希望しますか。
☐ 希望する ☐ 希望しない
 - 4 ワクチンについて
 - (1) 接種可能なワクチンをご回答ください。
☐ 注射のみ ☐ 経鼻のみ ☐ 注射・経鼻
 - (2) ワクチンの接種費用をご回答ください。（見込でも結構です。）
 ※今後の本事業の助成額を決定する上で参考とするため

・ 13歳未満の小児（注射）		円／回
（経鼻）		円／回
・ 13歳以上の中学生（注射）		円／回
（経鼻）		円／回
・ 妊婦		円／回
 - 5 予約の要否をご回答ください。
☐ 要 ☐ 不要

6 その他（自由記入欄）
例：かかりつけ患者のみ、○歳以上から、予約はW e bのみ など

【送付先】
秋田市保健所健康管理課予防接種担当
TEL: 8 8 3 - 1 1 7 9 FAX: 8 8 3 - 1 1 5 8
Mail: ro-hlhm@city.akita.lg.jp