

令和 年度 港区おたふくかぜワクチン任意接種事業実施報告書

令和 年 月 日

令和 年 月分

医療機関コード	
医療機関名	

請求金額	円
------	---

事業名	実施区分		件数	単価(税込)	金額
おたふくかぜワクチン 任意接種事業	予防接種	1歳～ 小学校就学前	件	円	円
合 計 (税 込)				円	

医療機関住所：

医療機関名:

電話 番 号： ご担当者名：

- ・毎月 8 日までに前月実施した予診票を取りまとめ、港区医師会へ提出してください。
- ・「任意接種予診票」は、複写式各票の 1 枚目「請求用」を提出してください。

区处理欄	担当者	处理日	備 考