ＦＡＸ又は郵送のどちらかにてご提出願います。
ＦＡＸ：０７６－４４４－８９００　富山県感染症対策課　宛
郵　送：〒９３０－８５０１　富山市新総曲輪 1-7　富山県感染症対策課　宛

とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業登録願

令和　　年　　月　　日

富山県知事　様

医　療　機　関　名
開設者又は管理者
医 療 機 関 所 在 地
医療機関電話番号
（ 担 当 者 名 ）
※押印不要

当医療機関は、富山県が実施する令和５年度「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業」の実施に協力いたします。つきましては、令和　　年　　月　　日から実施要領による予防接種への助成を実施したいので、助成業務に関する委託契約の締結を希望します。

※本情報は富山県医師会にも情報提供いたしますので、予めご了承ください。
※上記の医療機関名、医療機関所在地及び医療機関電話番号は、県のホームページにて公開します。
※医療機関所在地については、正式な住所としてください。
例：× 富山市新総曲輪１－７　→　○ 富山市新総曲輪１番７号