

소아 A형간염 국가예방접종 지원에 따른
예방접종업무 참여 신청서

의료기관명		요양기관번호	
대 표 자			
전 화		긴급연락처(핸드폰)	
주 소			

소아 A형간염의 신규도입에 따라 기존 위탁의료기관(2014.2.10재계약)은 위탁
계약서의 재작성 필요없이 위탁계약할 백신종류만 체크 표시하여 회신하여 주시기
바랍니다.

- 위탁계약 백신종류 -

<input type="checkbox"/> A형간염

2015년 월 일

신청인 :

(서명 또는 날인)

성동구보건소장