

宛先：京都市医療衛生企画課 予防接種担当 西村宛 (FAX：075-708-6212)

FAX 送付票 (新規登録用)

昨年度に協力医療機関の登録をされている医療機関は、
申請の必要はございません。

送付日 令和 7 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

ご担当者名 _____

【回答内容】

下記の記号のいずれかでご回答ください。

- ：登録（公開）…協力医療機関として登録し、HPで公開
△：登録（非公開）…協力医療機関として登録し、HPは非公開

新型コロナウイルス感染症

【備考欄】

--

【本件に関するお問い合わせ先】

京都市医療衛生企画課（西村） TEL：075-222-4421
京都府医師会 地域医療1課（鈴木） TEL：075-354-6109