

地域医療部通信

令和 6 年度 「高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種」の実施に係る 広域予防接種医療機関の募集について（依頼）

このたび、京都府民を対象とする高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種（定期接種）の開始に向け、広域予防接種にご協力いただける医療機関の募集と併せて、実施状況の公表可否について照会させていただきます。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、裏面の登録用紙にてご回答いただきますようお願い申し上げます。

公表に同意いただける場合、医療機関のリストは、府内各市町村のホームページに掲載します。

(参考) 令和 6 年度高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種の制度概要	
接種の分類	B 類疾病の定期接種（高齢者インフルエンザと同様）
目的	個人の発病または重症化予防
対象者	① 65 歳以上の方 ② 60 ～ 64 歳で一定の基礎疾患等を有する方
実施時期と接種回数	各市町村により実施時期が異なりますのでご留意下さい（1 人 1 回）
接種方法	協力医療機関での個別接種
使用ワクチン	オミクロン株 JN.1 系統に対応するワクチン ※ワクチンや注射器は各医療機関において調達してください。
接種委託料・被接種者の自己負担額	※令和 6 年 9 月現在、ワクチンの流通見込等が不明です。 正式な委託料は、各市町村の請求書でご確認ください。

裏面の FAX 用紙をご利用いただき、1 ～ 4 の項目を漏れなくご記入いただき、京都府医師会 (FAX : 075 - 354 - 6097) までお送りください。

ご注意ください

各市町村における接種時期をご確認の上、接種をお願いいたします。

京都府医師会 地域医療1課 (FAX:075-354-6097) 宛

京都府内新型コロナワクチン 広域予防接種登録 FAX 申請書

送付日	令和 年 月 日
1. 医療機関名 施設名	
2. 医療機関コード	
3. 電話番号	
4. 行政機関のホームページ での公表	公表に同意します ・ 非公表を希望

※公表に同意いただいた場合でも以下は公表しません。

事務担当者名	
メールアドレス	
備考欄	

1. 医療機関名又は施設名
2. 医療機関コード又は介護保険事業所番号（お持ちでなければ記載不要）
例）26から始まる10桁
3. ご連絡先電話番号 ※リスト掲載可能な場合は、公開する電話番号
4. 各市町村や京都府ホームページの協力医療機関リストへの掲載可否

京都府医師会 地域医療1課 (FAX:075-354-6097)