令和４年度福井県医師会広域的予防接種に関する研修を修了したことを証明する確認シート

この確認シートは、広域的予防接種に関する研修を履修したことを証明する書類として、福井県医師会に提出していただくものです。以下について回答し、必要書類とあわせてご提出ください。未記入・誤記入等ある場合は、研修を修了したものと認められませんのでご注意願います。

医療機関名	
記載者名 （受講者名）	㊞（自署または押印必要）
記載者職種	□医師　□看護師　□事務　□その他（　　）
記載年月日	西暦　　年　　月　　日

次の資料を読みましたら、チェック欄に☑してください。

（１） 広域的予防接種の概要と留意点

（２） 予防接種における誤接種を防ぐために

（３） 広域的予防接種における令和４年度契約の手続き並びに請求における留意事項について

（４） 実施要領・手引き

（１）～（４）の説明資料を読みました。　□