

「감염취약시설 종사자 인플루엔자 예방접종사업」 참여 신청서
[보건소 제출용]

기 관 정 보			
기 관 명		요 양 기 관 번 호	
대 표 자 명		전 화 번 호	
주 소 (소 재 지)			

☐ 「감염취약시설 종사자 인플루엔자 예방접종사업」 위탁의료기관
모집 공고 내용을 확인하였으며, 사업 참여를 신청합니다.

2026. . .

대표자

(서명 또는 날인)