

実施する予防接種に 印をお付け下さい。

医療機関名	開設者又は管理者名	医療機関所在地 (市町名は除く)	電話番号	三種混合	二種混合	MR ・ 期	麻疹	風疹	日本脳炎 ・ 期	インフル エンザ
生月船員福祉会館診療所	森 光政	生月町館浦107番地 2	0950-53-2584							
医療法人 愛恵会 平戸愛恵病院	森田 武東	田平町野田免 202	0950-57-1150							
ごとう耳鼻咽喉科 整形外科医院	後藤 弘毅	戸石川町 964	0950-22-4377							