

# スタート

茨城県内の  
医療機関である

はい

いいえ

茨城県内の広域予防接  
種協力医療機関である

はい

いいえ

予防接種実施  
依頼書は  
**不要**です

予防接種実施  
依頼書は  
**必要**です