

委 任 状

平成 年 月 日

千葉県医師会長 様

私は、予防接種法第5条第1項及び第6条の規定により行う下記予防接種を実施することを承諾いたします。

つきましては、千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の委託業務について、千葉県内市町村長との契約締結に関する権限を委任します。

1 接種協力医師及び実施予防接種

地区医師会名【印旛市郡医師会】

| 接種協力 医師氏名 | 百日せきジフテリア破傷風 不活化ポリオ混合 | 百日せきジフテリア破傷風 混合 | ジフテリア破傷風混合 | 不活化ポリオ | 麻しん風しん混合 (第1期・第2期) | 麻しん(第1期・第2期) | 風しん(第1期・第2期) | 日本脳炎 | BCG | ヒブワクチン | 小児用肺炎球菌 ワクチン | ヒトパピローマウイルス (子宮頸がん)ワクチン | 水痘ワクチン | B型肝炎ワクチン | インフルエンザ | 高齢者の肺炎球菌 ワクチン | 承諾印 |
|--------------|--------------------------|--------------------|------------|--------|-----------------------|--------------|--------------|------|-----|--------|-----------------|----------------------------|--------|----------|---------|------------------|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 実施を承諾するものについて○をつけてください。

※ 接種協力医師氏名欄が不足の場合は本書をコピーして使用してください。

2 委任期間

2019年4月1日 ～ 2020年3月31日

(所属医療機関)

医療機関名： _____

医療機関の長(管理者)氏名： _____ 印

住 所： _____

電 話 番 号： _____

F A X 番 号： _____