

※控えを残して地区医師会へご提出ください。県医師会から取りまとめをお願いしております。

# 委 任 状

2023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。(医療機関情報は公開されます。)

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 実施予防接種

地区医師会名【 印旛市郡医師会 】

予防接種の種類	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	ロタウイルスワクチン	インフルエンザ	高齢者の肺炎球菌ワクチン

※ 実施するものについて○をつけてください。

※ 予防接種を行う医療機関情報は公開されます。

## 2 委任期間

2023年10月1日～2024年3月31日

## 3 委任機関情報

医療機関名：

医療機関の長(管理者)氏名：

住 所：

電 話 番 号：

F A X 番 号 (非公開)：

メールアドレス (非公開)：

※メールで相互乗り入れに関する情報を提供予定です。メールアドレス・FAXは非公開。