

委 任 状

年 月 日

一般社団法人 和歌山県医師会長 様

所在地（法人は事務所所在地）

代表者名（法人は名称及び代表者氏名）

法人名：

代表者氏名：

印

【医療機関の概要】

医療機関名	
所在地	(〒 -)
連絡先	TEL: FAX:
管理者氏名	

当医療機関は「和歌山県予防接種広域化実施要領」に基づき、予防接種法第5条によりおこなう定期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、一般社団法人和歌山県医師会長を代理人と定め、予防接種法施行令第4条の規定による市町村長からの協力要請に基づく委託契約を締結する権限を委任します。

記

実施する予防接種の種類

(実施を希望する予防接種に○を記入して下さい。)

<input type="checkbox"/>	DPT（ジフテリア・破傷風・百日せき）
<input type="checkbox"/>	DT（ジフテリア・破傷風）
<input type="checkbox"/>	IPV（ポリオ）
<input type="checkbox"/>	DPT-IPV（ジフテリア・破傷風・百日せき・ポリオ）
<input type="checkbox"/>	DPT-IPV-Hib（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・インフルエンザ菌b型感染症）
<input type="checkbox"/>	MR：1期（麻しん・風しん）
<input type="checkbox"/>	MR：2期（麻しん・風しん）
<input type="checkbox"/>	日本脳炎：1期
<input type="checkbox"/>	日本脳炎：2期
<input type="checkbox"/>	BCG（結核）
<input type="checkbox"/>	Hib（インフルエンザ菌b型感染症）
<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防（HPV感染症（ヒトパピローマウイルス））
<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	B型肝炎
<input type="checkbox"/>	ロタウイルス
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス
<input type="checkbox"/>	高齢者用肺炎球菌
<input type="checkbox"/>	带状疱疹

※ 当医療機関の勤務医等が、業務の一環として、上記接種業務に従事する場合にあたっては、当該医師名簿を別途作成するとともに保管し、また、必要に応じて提出します。