

委任状変更届

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長様

所在 地
医療機関名
施設長名
電話番号

当該医療機関が貴会に提出した埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ定期予防接種相互乗り入れにかかる委任状の下記事項について変更願います。

記

下記変更事項に☑の上、必要事項を記入ください。

□ 1. 所在地

変更前	変更後
<u>所在地</u> 〒 _____	〒 _____
_____	_____

□ 2. 医療機関名（法人名の変更は除く）

変更前	変更後
<u>医療機関名</u> _____	_____

□ 3. 施設長名

変更前	変更後
<u>施設長名</u> _____	_____

□ 4. 電話番号

変更前	変更後
<u>電話番号</u> _____	_____

□ 5. 医療機関名の埼玉県医師会ホームページ（一般人用）への掲載

可 • 否 _____

埼玉県医師会

※都市医師会精査欄 医師会名 _____ (レ点入力)