

# 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住所地外高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症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

所在地 〒 \_\_\_\_\_

変更後

〒 \_\_\_\_\_



## □ 2. 医療機関名（法人名の変更は除く）

変更前

医療機関名 \_\_\_\_\_

変更後

\_\_\_\_\_



## □ 3. 施設長名

変更前

施設長名 \_\_\_\_\_

変更後

\_\_\_\_\_



## □ 4. 電話番号

変更前

電話番号 \_\_\_\_\_

変更後

\_\_\_\_\_



## □ 5. 実施予防接種の種類

変更前

実施欄	予防接種種類
	インフルエンザ
	新型コロナウイルス感染症

変更後

実施欄	予防接種種類
	インフルエンザ
	新型コロナウイルス感染症



## □ 5. 協力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)