

## 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

医療機関名

所在地

電話番号

施設長名

印

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）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、変更箇所をご記入ください。

□ 1. 医療機関名（法人名の変更は除く）、所在地

変更前

変更後

医療機関名

所在地

〒

〒

□ 2. 実施予防接種の種類

変更前

変更後

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	二種混合(D T)		ヒブ
	麻しん風しん混合(MR)		小児用肺炎球菌
	麻しん単抗原		子宮頸がん
	風しん単抗原		水痘
	日本脳炎		高齢者用肺炎球菌
	B C G		B型肝炎
	不活化ポリオ単独(I P V)		ロタウイルス
	四種混合(D P T - I P V)		

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	二種混合(D T)		ヒブ
	麻しん風しん混合(MR)		小児用肺炎球菌
	麻しん単抗原		子宮頸がん
	風しん単抗原		水痘
	日本脳炎		高齢者用肺炎球菌
	B C G		B型肝炎
	不活化ポリオ単独(I P V)		ロタウイルス
	四種混合(D P T - I P V)		

□ 3. 接種協力医師

No.	氏 名	印	該当するものに○	No.	氏 名	印	該当するものに○
1			削除 ・ 追加	4			削除 ・ 追加
2			削除 ・ 追加	5			削除 ・ 追加
3			削除 ・ 追加	6			削除 ・ 追加

※書ききれない場合は、裏面にご記入下さい。 ※登録は原則として医師会会員とする。

★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\*

※郡市医師会精査欄

医師会名

□ (レ点)

(表)

