

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

医療機関名 _____
 所在地 〒 _____

変更後

 〒 _____

□ 2. 実施予防接種の種類

変更前

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(M R)		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)	△	△

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(M R)		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

※都市医師会精査欄 医師会名 _____

□ (レ点)

No.	氏名	印	該当するものに○	No.	氏名	印	該当するものに○
7			削除・追加				削除・追加
8			削除・追加				削除・追加
9			削除・追加				削除・追加
10			削除・追加				削除・追加
11			削除・追加				削除・追加
12			削除・追加				削除・追加
13			削除・追加				削除・追加
14			削除・追加				削除・追加
15			削除・追加				削除・追加
16			削除・追加				削除・追加
17			削除・追加				削除・追加
18			削除・追加				削除・追加
19			削除・追加				削除・追加
20			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加
			削除・追加				削除・追加