

委 任 状

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会 様

医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
施 設 長 名 ⑩

当該医療機関に所属する下記の者は、一般社団法人埼玉県医師会を代理人と定め、以下の予防接種のうち、実施欄に○の付いているものに係る委託契約を締結する権限を委任します。

記

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

委託契約実施期間

令和 年 月 日 から 令和4年3月31日 までとする。

※なお実施要綱 4（5）により委任取り下げの申し出が無い限り、委託契約は毎年更新されるものとする

★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

当該医療機関に所属する医師（原則として医師会員とする）

No.	氏名	印	No.	氏名	印	No.	氏名	印
1			4			7		
2			5			8		
3			6			9		

- ※ 施設長が協力医として協力いただける場合、名簿欄にも記載ください。
- ※ 書ききれない場合は、裏面に記入して下さい。
- ※ 委任状の内容に変更が生じた場合には、速やかに変更届を提出してください。

＊埼玉県医師会＊

※郡市医師会精査欄 医師会名 _____ ☐ (点)

(表)

No.	氏名	印	No.	氏名	印	No.	氏名	印
10			31			52		
11			32			53		
12			33			54		
13			34			55		
14			35			56		
15			36			57		
16			37			58		
17			38			59		
18			39			60		
19			40			61		
20			41			62		
21			42			63		
22			43			64		
23			44			65		
24			45			66		
25			46			67		
26			47			68		
27			48			69		
28			49			70		
29			50			71		
30			51			72		