

平成31年1月31日

会 員 各 位

柏市医師会
会 長 金 江 清
担当理事 柳 川 幸 重

平成31年度千葉県予防接種相互乗り入れ事業における委任状の提出について

平成31年度の千葉県予防接種相互乗り入れ事業につきまして、参加をご希望される医療機関は、別紙1の委任状に接種にかかわるすべての医師のご捺印の上で、原本を2月20日(水)まで(郵送で20日着になるよう)に柏市医師会事務所にご提出ください。

毎年1月末に千葉県医師会雑誌に委任状が同封されるのですが、同雑誌を開封せず委任状をご覧にならない場合が多々ありますので、念のため同じものを用意いたしました。この通知の委任状を提出された場合は、千葉県医師会雑誌同封の委任状の提出は必要ございませんのでご承知おきお願いいたします。

- 1) 参加しない場合は、委任状提出の必要はございませんが、平成30年度に協力した医療機関へは、確認の連絡をいたします。
- 2) この乗り入れに関しては、春と秋の2回しか県医では受付しません。提出期限を厳守のうえ、平成31年度に予防接種を担当される先生はもれなく届出をお願いします。
- 3) 実施要項は乗り入れ参加医療機関に千葉県医師会から送付されます。
- 4) 風しん対策に関する追加的対策における抗体検査/予防接種は、県疾病対策課において詳細が決定次第、お知らせしますとのことです。

委 任 状 別紙1

平成 年 月 日

千葉県医師会長 様

私は、予防接種法第5条第1項及び第6条の規定により行う下記予防接種を実施することを承諾いたします。
つきましては、千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の委託業務について、千葉県内市町村長との契約締結に関する権限を委任します。

1 接種協力医師及び実施予防接種

接種協力 医師名	地区医師会名		氏名	性別	年齢	所属	住所	電話番号	FAX番号	備考
	千葉県医師会	柏市医師会								

※ 実施を承諾するものについて○を印してください。
※ 接種協力医師名欄が不足の場合は本表をコピーして増設してください。

2 委任期間
2019年4月1日 ~ 2020年3月31日
(所属医療機関)

医療機関名: _____
医療機関の長(管理者)氏名: _____ 印
住 所: _____
電 話 番 号: _____
FAX番号: _____

原本提出
御捺印を2カ所お願いします。

ご提出先 (郵送または持参して下さい)
柏市医師会 事務所
〒277-0845
柏市豊四季台1丁目1番118号
柏地域医療連携センター 2階
TEL 04-7128-5551