委　　　任　　　状

令和　　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

地区医師会名【　　　柏　市　医　師　会　　　　　】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接 種 協 力  医 師 氏 名 | 百日せきジフテリア破傷風  不活化ポリオ混合 | 百日せきジフテリア破傷風  混合 | ジフテリア破傷風混合 | 不活化ポリオ | 麻しん風しん混合  （第１期・第２期） | 麻しん（第１期・第２期） | 風しん（第１期・第２期） | 日本脳炎 | ＢＣＧ | ヒブワクチン | 小児用肺炎球菌  ワクチン | ヒトパピローマウイルス  （子宮頸がん）ワクチン | 水痘ワクチン | Ｂ型肝炎ワクチン | インフルエンザ | 高齢者の肺炎球菌  ワクチン | 承  諾  印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 実施を承諾するものについて○をつけてください。

※ 接種協力医師氏名欄が不足の場合は本書をコピーして使用してください。

２　委任期間

令和2年4月1日～令和3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：　柏市

電話番号：

ＦＡＸ番号：