委　　　任　　　状

２０２３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。（医療機関情報は公開されます。）

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　実施予防接種

地区医師会名【　柏　市　医　師　会　】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 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 | ロタウイルスワクチン | インフルエンザ | 高齢者の肺炎球菌ワクチン |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 実施するものについて○をつけてください。

※ 予防接種を行う医療機関情報は公開されます。

２　委任期間

２０２３年１０月１日～２０２４年３月３１日

３　委任機関情報

医療機関名：

医療機関の長(管理者)氏名：

住　　　所：

電話番号：

ＦＡＸ番号（非公開）：

メールアドレス（非公開）：