

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

当該医療機関は、一般社団法人埼玉県医師会を代理人と定め、埼玉県住所地外定期予防接種（相互乗り入れ）について、以下の予防接種のうち、実施欄に○の付いている接種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
	ヒブ
	小児用肺炎球菌
	B型肝炎
	ロタウイルス
	ポリオ単独（IPV）
	4種混合（DPT-IPV）
	5種混合（DPT-IPV-Hib）
	BCG

実施欄	予防接種の種類
	水痘
	麻しん風しん混合（MR）
	麻しん単抗原
	風しん単抗原
	日本脳炎
	2種混合（DT）
	HPV
	高齢者用肺炎球菌

委託契約実施期間

令和 年 月 日 から 令和7年3月31日 までとする。

※なお実施要綱3(3)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

※ 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 _____ (レ点)