

# 委任状変更届

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

医療機関名  
所在地  
電話番号  
施設長名

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期予防接種（相互乗り入れ）に係る委任状の下記事項について変更願います。

記

下記**変更事項**に☑の上、変更箇所をご記入ください。

1. 医療機関名（法人名の変更は除く）、所在地

変更前

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

変更後

➡ \_\_\_\_\_

2. 実施予防接種の種類

変更前

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	ヒブ		水痘
	小児用肺炎球菌		麻しん風しん混合 (MR)
	B型肝炎		麻しん単抗原
	ロタウイルス		風しん単抗原
	ポリオ単独 (IPV)		日本脳炎
	4種混合 (DPT-IPV)		2種混合 (DT)
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)		HPV
	BCG		高齢者用肺炎球菌

変更後

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	ヒブ		水痘
	小児用肺炎球菌		麻しん風しん混合 (MR)
	B型肝炎		麻しん単抗原
	ロタウイルス		風しん単抗原
	ポリオ単独 (IPV)		日本脳炎
	4種混合 (DPT-IPV)		2種混合 (DT)
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)		HPV
	BCG		高齢者用肺炎球菌

★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

\*埼玉県医師会\*

※郡市医師会精査欄 医師会名 \_\_\_\_\_

(ㇿ点)