

委任状

一般社団法人高知県医師会長

上記の者を私の代理人と定め下記の行為を委任します。

令和 年 月 日

医療機関所在地
電話番号
医療機関名
開設者名又は管理者名

印

記

- 1 予防接種法第5条第1項の規定に基づいて市町村長が実施する予防接種について、市町村長と委託に関する契約を締結すること。
- 2 市町村長の要請に応じ、A類疾病及びB類疾病のうち○を付けた区分について次の医師が予防接種の実施に関し協力する旨を承諾すること。

A類疾病	
<input type="checkbox"/>	三種混合
<input type="checkbox"/>	二種混合
<input type="checkbox"/>	麻しん
<input type="checkbox"/>	風しん（第5期を除く）
<input type="checkbox"/>	日本脳炎
<input type="checkbox"/>	単独不活化ポリオ
<input type="checkbox"/>	四種混合 <small>(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)</small>
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防ワクチン(HPV)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ菌 b 型(Hib)
<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌
<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	B型肝炎
<input type="checkbox"/>	ロタ
<input type="checkbox"/>	B C G

B類疾病	
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌

医師 氏名

医師 氏名

医師 氏名

医師 氏名

医師 氏名

医師 氏名

医師 氏名

医師 氏名

※記載欄が不足した場合は、別紙（任意様式）に記載してください。