

(様式1：県医師会提出用)

福井県広域的予防接種協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

一般社団法人福井県医師会長 様

医療機関名

所在地

電話

法人名

代表者名

印

(法人にあつては、代表印を押印すること)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、福井県広域的予防接種の業務に協力することを承諾します。

また、一般社団法人福井県医師会長を代理人と定め、当該業務について福井県内の市町長と委託契約を締結する権限を委任します。

記

1 実施する予防接種の種類

予防接種の種類	実施	予防接種の種類	実施
4種混合(DPT-IPV)		日本脳炎	
3種混合(DPT)		BCG	
2種混合(DT)		ヒブ	
不活化ポリオ		小児用肺炎球菌	
麻しん風しん混合(MR)		子宮頸がん	
麻しん		水痘	
風しん		B型肝炎	
ロタウイルス		高齢者用肺炎球菌	
インフルエンザ(高齢者)			

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

2 実施期間

令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

(参考様式：医療機関の管理者提出用)

福井県広域的予防接種協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

医療機関の長 様

住 所

氏 名

⑩

私は、福井県広域的予防接種の業務に協力することを承諾します。
また、一般社団法人福井県医師会長を代理人と定め、当該業務について福井県内の市町長と委託契約を締結する権限を委任します。

実施期間

令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

※本承諾書兼委任状は、医療機関の長が保管すること。