（別紙様式２）（５の（２）の②関係）

**委　　任　　状**

　　年　　月　　日

公益社団法人青森県医師会長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 | (電話)(FAX) |
| 医療機関名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

私及び当医療機関の予防接種業務を行う医師は、青森県内広域予防接種の業務に協力することを承諾します。

つきましては、公益社団法人青森県医師会長を代理人と定め、当該業務について青森県内の市町村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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 四種混合 | 二種混合 | ＭＲ混合（第1期・第2期） | 日本脳炎 | ＢＣＧ | ポリオ | ＨＰＶ | ヒブ | 小児用肺炎球菌 | 水痘 | Ｂ型肝炎 | ロタウイルス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 広域予防接種として実施するものに○をつけてください。

２　特記事項

|  |
| --- |
|  |

　※　医療機関の都合により広域予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

　　★　実施する予防接種の種類や特記事項等委任内容に変更が生じた場合は、速やかに青森県医師会に変更届（別紙様式７）を提出してください。