

# 委 任 状

令和 年 月 日  
( 新規 ・ 変更 )

栃木県医師会長 様

私は、予防接種法第5条及び第6条の規定により行う下記の予防接種を実施することを承諾いたします。

つきましては、栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ事業委託業務について、年度ごとに繰り返し行われる予定の栃木県内市町長との契約締結に関する権限を委任します。

接種協力医師及び実施予防接種

郡市・大学医師会名【   】

| 接種協力<br>医師氏名 | 白髄炎、破傷風 (DPT-IPV) | ジフテリア、百日せき、急性灰<br>破傷風 (DPT) | ジフテリア、百日せき、<br>破傷風 (DPT) | ジフテリア、破傷風 (DT) | 麻しん、風しん (MR) | 麻しん | 風しん | 日本脳炎 | B C G | 急性灰白髄炎 (不活化ポリオ) | 子宮頸がん | H i b (インフルエンザ菌b型) | 小児用肺炎球菌 | 水痘 | B型肝炎 | ロタウイルス | インフルエンザ (高齢者) | 高齢者用肺炎球菌 | 承<br>諾<br>印 |  |
|--------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------|--------------|-----|-----|------|-------|-----------------|-------|--------------------|---------|----|------|--------|---------------|----------|-------------|--|
|              |                   |                             |                          |                |              |     |     |      |       |                 |       |                    |         |    |      |        |               |          |             |  |
|              |                   |                             |                          |                |              |     |     |      |       |                 |       |                    |         |    |      |        |               |          |             |  |
|              |                   |                             |                          |                |              |     |     |      |       |                 |       |                    |         |    |      |        |               |          |             |  |
|              |                   |                             |                          |                |              |     |     |      |       |                 |       |                    |         |    |      |        |               |          |             |  |
|              |                   |                             |                          |                |              |     |     |      |       |                 |       |                    |         |    |      |        |               |          |             |  |

- ・実施を承諾するものについて○をつけてください。
- ・接種協力医師氏名欄が不足の場合は本書をコピーしてください。

所属医療機関 (接種協力医療機関)

医療機関名 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

F A X 番 号 \_\_\_\_\_

※この委任状の内容は、翌月更新予定の接種協力医師・協力医療機関名簿の掲載内容に反映されます。  
栃木県医師会ホームページより名簿にお名前が掲載されたことをご確認のうえ、接種を行ってください。