

年 月 日

委任状

【委任者】

①医療機関コード	12121		
②医療機関名			
③郵便番号			
④所在地	千葉県		
⑤電話番号	04-		
※契約代表者役職・氏名	役職：	氏名：	印

* ※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	部署；	氏名；
メールアドレス	@	

* メールアドレスについては、共有アドレスでもよいので出来るだけご記入ください。

当院は、一般社団法人 柏市医師会へ、次の事項についての権限を委任いたします。

記

① 予防接種法施行令（昭和23年政令第97号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、下記に記入した業務範囲のうち、「受託する」に○を記したものに限り、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること。

② 上記①に係る契約の締結についての権限を、日本医師会に再委任すること。

⑥受託業務

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、貴医療機関における受託の可否について御記入下さい。

●風しんの抗体検査	
受託する	受託しない

●風しんの第5期の定期接種	
受託する	受託しない

(委任とりまとめ者) 千葉県柏市豊四季台1丁目1番118号
一般社団法人 柏市医師会