令和元年７月３１日

会　員　各　位

柏 市 医 師 会
会　　長　　長 瀬 慈 村
小児保健担当理事　宮 尾 晃 代
公衆衛生担当理事　織 田 暁 寿

千葉県内予防接種相互乗り入れ事業における
令和元年度下半期についての接種協力医師の追加の委任状の受付について

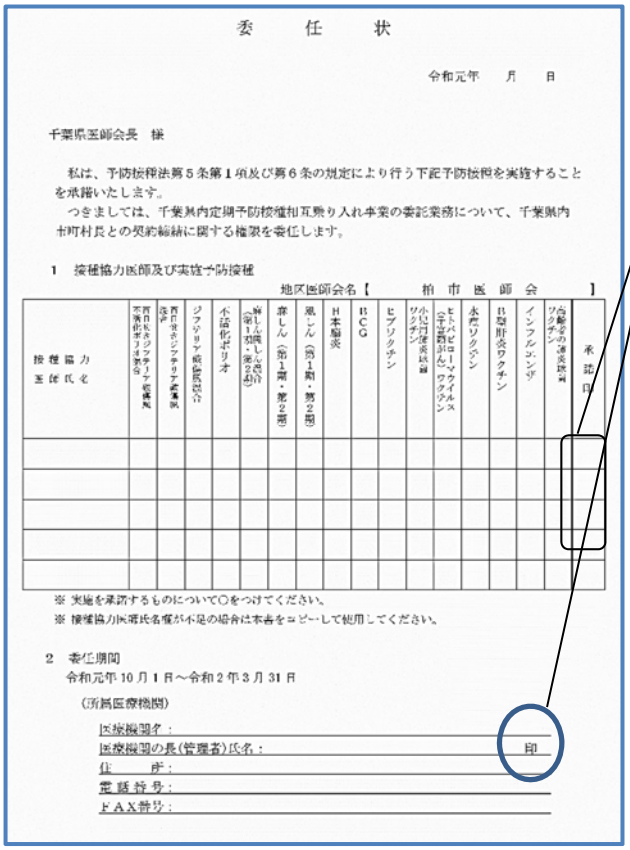
千葉県医師会より、依頼がありましたのでお知らせいたします。

例年、この時期に千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の１０月１日から翌年３月３１日までの期間にご協力いただける医療機関（協力医師）の追加をお願いしております。

つきましては、ご協力いただける、また、追加の医師の登録が必要な際は、別紙委任状の**原本**を、**８月３０日（金）まで柏市医師会事務所に**ご提出していただくようお願い申し上げます。

注意点：すでに協力医師として登録されている医師および予防接種の種類の削除はできませんのでご留意願います。

＊登録済であるかどうかについては、県医師会のホームページに記載されていますので、ご確認ください。
＊接種医師の追加に関しましては、今まで通り、委任状の提出が必要となります。
＊接種医師の承諾印と管理者氏名の印の２ケ所の**押印**をお忘れなくお願いいたします。
＊委任状のワード版は柏市医師会ホームページからダウンロードできます。


委　任　状

令和元年　月　日

千葉県医師会長　様

私は、予防接種法第５条第１項及び第６条の規定により行う下記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、千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の委託業務について、千葉県内市町村長との契約締結に関する権限を委任します。

１　接種協力医師及び実施予防接種

地区医師会名【　　柏　市　医　師　会　　】

| 接種協力医師氏名 | 不活化ポリオ混合ワクチン | 百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ混合 | 百日せき・ジフテリア・破傷風混合 | ジフテリア・破傷風混合 | 不活化ポリオ | 麻しん（第1期・第2期）風しん（第1期・第2期） | 麻しん（第1期・第2期） | 風しん（第1期・第2期） | 日本脳炎 | BCG | ヒブワクチン | 小児用肺炎球菌ワクチン | ヒトパピローマウイルスワクチン（子宮頸がん） | 水痘ワクチン | B型肝炎ワクチン | インフルエンザ | 高齢者の肺炎球菌ワクチン | 承諾印 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 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使用してください。

２　委任期間
令和元年10月１日～令和２年３月31日

（所属医療機関）
医療機関名：
医療機関の長（管理者）氏名：　　印
住　　所：
電話番号：
ＦＡＸ番号：

ご捺印、お忘れなきよう、お願いいたします。

本年２月に委任状を提出され、かつ変更がない際は改めて提出の必要はありません。