

令和2年7月31日

会 員 各 位

柏市医師会

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2年度下半期（10月～）についての接種協力医師の追加の委任状及び

ロタウイルスワクチン接種協力医師の登録について

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1の委任状の**原本**を、**8月21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。

また、10月1日からロタウイルスワクチンの県内定期予防接種相互乗り入れ事業が始まりますので、ご登録を希望される際は併せて別紙2の委任状のご提出をお願い致します（8月21日（金）まで原本を柏市医師会事務所にご提出ください）。

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は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ヶ所の**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 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際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

接種協力 医師氏名	氏名 読み仮名	性別	年齢	所属 医療機関	実施 予防接種	地区医師会名		柏市医師会	承諾印
						地区医師会名	地区医師会名		

※ 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：
住 所：
電話番号：
Eメール：

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。
(ロタウイルスワクチン予防接種につきましては、新たに委任状(別紙2)の提出が必要です。)