

年 月 日

委 任 状

【委任者】

|              |   |
|--------------|---|
| ①医療機関コード     |   |
| ②医療機関名       |   |
| ③郵便番号        |   |
| ④所在地(要都道府県)  |   |
| ⑤電話番号(要市外局番) |   |
| ※契約代表者役職・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   |  |
| 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、【一般社団法人日本医療法人協会】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)

東京都千代田区富士見 2-6-12

【一般社団法人日本医療法人協会】

会長 加納 繁照