（別紙様式４－１の３）（第７の１（２）関係）

**岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状**

**（Ｂ類疾病）**

　　　　年　　月　　日

一般社団法人岩手県医師会長　殿

所在地

連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （FAX）

医療機関名

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

(※自署の場合、押印省略可)

　当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

　また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人（医院）との間で直接行います。

記

１　協力医療機関として実施する予防接種の種類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｂ類  疾病 | 高齢者の季節性  インフルエンザ | 高齢者の肺炎球菌感染症 | 新型コロナウイルス感染症 | 高齢者の帯状疱疹 |
|  |  |  |  |

※　広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

２　協力医師の氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | ２ |  |
| ３ |  | ４ |  |
| ５ |  | ６ |  |
| ７ |  | ８ |  |
| ９ |  | 10 |  |

※　上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

３　特記事項

|  |
| --- |
|  |

　※　医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、

　　その内容を記載してください。

|  |
| --- |
| ※協力医師が複数名の場合に記入  　私は、「２　協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。  代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

(※自署の場合、押印省略可)

（別紙様式４－１の３）　別紙

協力医師の氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | ２ |  |
| ３ |  | ４ |  |
| ５ |  | ６ |  |
| ７ |  | ８ |  |
| ９ |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  |
| 13 |  | 14 |  |
| 15 |  | 16 |  |
| 17 |  | 18 |  |
| 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | 22 |  |
| 23 |  | 24 |  |
| 25 |  | 26 |  |
| 27 |  | 28 |  |
| 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | 32 |  |
| 33 |  | 34 |  |
| 35 |  | 36 |  |
| 37 |  | 38 |  |
| 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | 42 |  |
| 43 |  | 44 |  |
| 45 |  | 46 |  |
| 47 |  | 48 |  |
| 49 |  | 50 |  |