様式１

**秋田県広域予防接種事業**

**実施承諾書 兼 委任書**

　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人秋田県医師会長　様

協力医療機関　名　　称

　　　　　郵便番号

　　　　　所 在 地

　　　　　電話番号

　　　　　代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

当医療機関に所属する次の医師は、秋田県広域予防接種事業の実施に関して協力することを承諾し、貴職を代理人と定め、秋田県下各市町村長との「秋田県広域予防接種事業委託契約」の締結を委任します。

１　協力医療機関として実施する定期の予防接種のワクチンの種類

（○：実施　▲：一部実施（入所者のみ等の制限あり）　空欄：未実施）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 五種混合(DPT-IPV-Hib) |  | 風しん |  | B型肝炎 |
|  | 四種混合(DPT-IPV) |  | 日本脳炎 |  | ロタウイルス感染症 |
|  | 三種混合(DPT) |  | 結核(BCG) |  | インフルエンザ(高齢者) |
|  | 二種混合(DT) |  | Hib感染症 |  | 高齢者用肺炎球菌 |
|  | 不活化ポリオ |  | 小児用肺炎球菌 |  | 新型コロナウイルス感染症 |
|  | 麻しん風しん混合 |  | ヒトパピローマウイルス感染症 |  |  |
|  | 麻しん |  | 水痘 |  |  |
| 備考： |

２　協力医師の氏名

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