（様式第1号）

委　任　書

私は、公益社団法人福岡県医師会長を代理人と定め、定期予防接種広域化に係る契約について、その手続きに関する一切の権限を委任します。

年　　月　　日

〒

医療機関所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
管理者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ホームページについて】

貴医療機関での広域接種可能なワクチンについて、福岡県医師会ホームページ上での一般公開を、

・希望する。　　・希望しない。

「希望する」に〇を付けた場合、下記の項目から公開を希望するワクチン欄に〇をご記入ください。

DPT-IPV-Hib	DPT-IPV	DPT	DT	麻しん 1・2期	麻しん 3・4期	風しん 1・2期
風しん 3・4期	MR 1・2期	MR 3・4期	日本脳炎	BCG	高齢者 ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	ポリオ
子宮頸がん予防	ヒブ	小児用肺炎球菌	水痘	高齢者用肺炎球菌	B型肝炎	ﾛﾀｳｲﾙｽ

（※注　委任書をご提出いただいた時点で「医療機関名」はホームページに掲載されます。）