（様式第1号）
（令和8年2月13日更新）

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	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	風しん 5期	MR 1・2期
MR 3・4期	MR 5期	日本脳炎	BCG	ポリオ	子宮頸がん	ヒブ	小児用肺炎球菌	水痘
B型肝炎	ロタウイルス	RSウイルス感染症	高齢者用肺炎球菌	高齢者用インフルエンザ	新型コロナウイルス	帯状疱疹		

（※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。）