風しんの抗体検査・風しんの第５期の定期接種用　　　　※必ずコピーを保管ください。

年　　　月　　日

委　　任　　状

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

【委任者】

＊※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

|  |  |
| --- | --- |
| 部署・氏名 |  |
| メールアドレス |  |

(記入担当者)

＊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　　　　　　　　　　　●風しんの第５期の定期接種

|  |  |
| --- | --- |
| 受託する | 受託しない |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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