

委任書

私は、公益社団法人福岡県医師会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

印

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○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○をご記入ください。

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 インフルエンザ	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。)