



送信先ファクシミリ番号 0857-29-1578

(別紙3)

(この協力申込書兼委任状は鳥取県医師会にご提出ください)

鳥取県定期予防接種広域化協力申込書 兼 委任状

年 月 日

公益社団法人鳥取県医師会長 様

医療機関名
所在地
電話
医療機関の長又は管理者名

鳥取県定期予防接種広域化事業実施要領に基づく定期予防接種の広域化事業に下記のとおり協力します。
また、当該事業の協力に関する業務委託契約にあたっては、その契約締結の権限を公益社団法人鳥取県医師会長に委任します。

記

1 委任の内容
市町村長との鳥取県定期予防接種広域化事業に関する業務委託契約

2 協力する定期予防接種の種類 (○が記載してある予防接種)

百日せき・ジフテリア・破傷風・ポリオ (四種混合：DPT-IPV)		ヒブ (ヘモフィルスインフルエンザ菌 b型)	
ジフテリア・破傷風 (二種混合：DT)		小児用肺炎球菌	
ポリオ (IPV)		水痘	
麻しん風しん混合 (MR)		B型肝炎	
麻しん		結核 (BCG)	
風しん		ヒトパピローマウイルス (HPV)	
日本脳炎			

3 予防接種を行う医師名 (医師は県医師会又は地区医師会に属する者とし、複数名記載可。)

氏名：