

(様式1)

## 岐阜県広域化予防接種事業協力承諾書兼委任状

平成 年 月 日

一般社団法人岐阜県医師会長 様

医療機関名

所在地

電話

医療機関の長

又は管理者名

印

私は、県内各市町村長が予防接種法第5条の規定に基づき実施する定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に協力いたします。

また、当該予防接種の協力に関する下記の業務委託契約にあたっては、その契約締結の権限を一般社団法人岐阜県医師会長に委任いたします。

### 記

○ 市町村長との岐阜県広域化予防接種事業に関する業務委託契約

(注) 別に岐阜県広域化予防接種協力医師名簿(様式1-2)を作成し、添付してください。