

(様式 1 - 1)

島根県定期予防接種広域化事業協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

一般社団法人 島根県医師会長 様

医療機関名

所在地

電話番号

開設者又は管理者名

㊞

私は、県内各市町村が予防接種法の規定に基づき実施する定期の予防接種に係わる島根県定期予防接種広域化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島根県医師会長に委任いたします。

記

1. 市町村との島根県定期予防接種広域化事業に関する業務委託契約

添付書類：島根県定期予防接種広域化事業協力医療機関名簿（様式 1 - 2）