

※注 集合契約に参加しない場合（抗体検査・予防接種とも受託しない）は、委任状のご提出は必要ございません。

年 月 日

※必ず控えをお取りください

委 任 状

会員番号（※右づめ）											
医療・健診機関 番号（10桁）											
実施機関名											
郵便番号	〒 —										
所在地	※都道府県名から省略せずに記入。										
電話番号	※市外局番から省略せずに記入。（予約・問い合わせができる番号をご記入ください。）										
FAX番号	※市外局番から省略せずに記入。（予約・問い合わせができる番号をご記入ください。）										
施設代表者(理事長・院長等、管理者であること)	役 職：	氏 名：							印		
事務連絡担当者	氏 名：		(部署：)	
	E-mail：										

※上記太枠内は支払基金等へ届け出ている内容でご記入をお願いいたします。

当機関は、公益社団法人 全日本病院協会を契約とりまとめ団体として、次の事項についての権限を委任いたします。

- 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。）長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、「委託する」に○を記したものに限り、全国知事会を代理人とした各市区町村との委託契約を締結すること。
- ② 上記①に係る契約を締結する権限を、日本医師会に再委任すること。

●風しんの抗体検査
受託する

●風しんの定期の予防接種
受託する

※注 受託する場合「○」、受託しない場合「×」を記入。
なお、空欄は「×」と取扱います。

【委任状提出先・委任状提出に関する問い合わせ先】

〒101-8378
東京都千代田区神田猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル7F
公益社団法人 全日本病院協会事務局
担当：風しん集合契約担当
TEL 03-5283-7441 E-mail ningendock@ajha.or.jp

●契約内容に関する問い合わせ先

厚生労働省健康局 結核感染症課
担当：井口・繁本
連絡先：fushinhsp@mhlw.go.jp