様式１－１(高齢者のインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症)

委　　任　　状

令和６年１０月１日

　一般社団法人徳島県医師会長　殿

所　在　地

法　人　名

医療機関名

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　－　　　－　　　　）

　※請求者と同じであること。

　定期予防接種（予防接種法第２条第３項に定める高齢者のインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症）の対象者が徳島県内において広域的に予防接種を受けることができる体制を整備し、接種機会の拡大とかかりつけ医による接種を推進するため、広域化に賛同する市町村と徳島県予防接種広域化委託契約を締結することについて、一般社団法人徳島県医師会を代理人と定め、次の条件を附して委任します。

　なお、当法人・医療機関における接種医師は、次のとおりです。

１　委任するに当たっての条件

（１）予防接種を実施した際の接種費用（委託料）の請求及び受領は、広域化に賛同する市町村と当法人（医療機関）との間で直接行うものとする。

　　（参考）口座名義：

（２）協力形態（選択する接種形態に〇を記入）

　　　Ａ契約　　　　　　　Ｂ契約　　　　　　　Ｃ契約

注：Ａ契約（インフルエンザウイルスワクチン及び新型コロナウイルスワクチンの両方を接種する）

　：Ｂ契約（インフルエンザウイルスワクチンのみ接種する）

　：Ｃ契約（新型コロナウイルスワクチンのみ接種する）

２　接種医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 氏　　名 | 氏　　名 | 氏　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　（注）適宜別紙として差し支えない。