　　　年　　月　　日

**※必ずコピーを**

**保管してください。**

**委　任　状**

※数字３桁＋AまたはB

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【委任者】 |  | | | 会員番号 | |  |
| 健診・保健指導機関番号 |  | | | | | |
| 実施機関名 |  | | | | | |
| 郵便番号 |  | 都道府県 | | |  | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 電話番号※ |  | | | | | |
| 契約代表者氏名  **※必ず捺印すること** | **㊞** | | 役職 | |  | |

当施設は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任致します。

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」及び「風しんの第5期の定期接種」の受託の可否について○をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受託業務 | 受託の可否 | |
| 受託する | 受託しない |
| 風しんの抗体検査 |  |  |
| 風しんの第５期の定期接種 |  |  |

（代理人）

住所　： 東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10 セシア千駄ヶ谷ビル2階

団体名 ： 一般社団法人日本総合健診医学会

代表者氏名　： 理事長　　福武　勝幸

以上

**＜事務連絡先について＞　※記入必須**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部署・役職 |  | 氏　　名 |  |
| 電　　　話 |  | Ｅメールアドレス |  |

＜送付先＞　　一般社団法人日本総合健診医学会　事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10

セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL：03-5413-4400 FAX：03-5413-0016