

定期予防接種相互乗り入れ（B類疾病）
業務委託契約委任書

令和 年 月 日

鹿児島県医師会長 殿

医療機関名

所在地

代表者氏名

印

私並びに私が雇用する医師は、貴職が鹿児島県下各市町村長と締結する「定期予防接種相互乗り入れ（B類疾病）業務委託契約」に基づき、予防接種業務を実施することを承諾し、委託契約の権限を貴職に委託します。

記

《実施する予防接種の種類》

※実施をしない予防接種については二本線にて抹消のこと。

- インフルエンザ
- 新型コロナウイルス感染症

委託料振込口座《 新規・変更》届

※新規・変更登録を希望する委託事業に○印をご記入ください。

妊産婦・乳幼児健診
定期予防接種相互乗り入れ(A類疾病)
高齢者用肺炎球菌予防接種相互乗り入れ(B類疾病)
インフルエンザ予防接種相互乗り入れ(B類疾病)
新型コロナウィルス感染症予防接種相互乗り入れ(B類疾病)

所 在 地

医療機関名

代表者氏名

印

電話番号

担当者氏名

《今回登録される振込口座》

銀行

支店・出張所(普通預金・当座預金)

口座番号 _____

ふりがな
口座名義 _____

【県医師会記入欄】 顧客番号(_____)
年 月 日 処理済

インフルエンザ予防接種相互乗り入れ

業務委託契約委任辞退届

令和 年 月 日

鹿児島県医師会長 殿

医療機関名

所 在 地

代表者氏名

印

私並びに私が雇用する医師は、貴職が鹿児島県下各市町村長と締結する
「インフルエンザ予防接種相互乗り入れ業務委託契約」に基づき行う予防接
種を実施することを辞退します。