

## 委任状

厚生労働大臣と本医療機関との間で、新型インフルエンザ（A／H1N1）のワクチンの接種に係る業務の実施に関し、別添契約書により契約を締結する件について、医師  
会に委任いたします。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

接種範囲 \_\_\_\_\_

※「接種範囲」欄には、自院に勤務する医療従事者及び自院に入院又は通院する者以外の者に接種を行わない場合は、「×」を記載してください。