

(様式 4 - 1)

## 愛知県広域予防接種事業協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県医師会会長 様

医療機関名  
所在地  
電話  
医療機関の長  
又は管理者名

印

私は、県内各市町村長が予防接種法第5条第1項の規定に基づき実施する定期予防接種に係る愛知県広域予防接種事業に協力いたします。

また、当該予防接種の協力に関する下記の業務委託契約にあたっては、その契約締結の権限を公益社団法人愛知県医師会会長に委任いたします。

記

愛知県広域予防接種事業に関する業務委託契約（令和 年度）