

(別紙)

任意予防接種助成事業参加の確認(委任状)

(令和6年度)

令和 年 月 日

(あて先) 姫路市長

私は、姫路市任意予防接種助成事業に参加しますので、これに関する権限を姫路市医師会に委任します。

住 所 姫路市

電 話 番 号

医 療 機 関 名

氏 名

任意予防接種助成事業の参加について(委任について。)

説明を読み、貴医療機関が参加したい予防接種に「○」、しないものには「×」をお付けください。**(参加しない場合は提出不要です。)**

	助成事業の名称	参加の有無
1	姫路市おたふくかぜ予防接種助成事業	
2	姫路市風しん予防接種助成事業	
3	(案) 姫路市带状疱疹予防接種助成事業	

※提出先は、保健所防疫課です。

<提出先・問い合わせ先>

〒670-8530 姫路市坂田町3番地

姫路市保健所 防疫課 予防接種担当

TEL 079-289-1721