草潮医収第524号
令和3年8月16日

草加八潮医師会
会員医療機関各位

草加八潮医師会
会長　佐　藤　達　也
（公　印　省　略）

令和３年度埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種相互乗り入れ
協力医師の委任状等の提出について（依頼）

標記につきまして、埼玉県医師会より依頼がまいりましたので、ご通知いたします。
つきましては、協力医師に変更がある場合は「委任状変更届」（様式1-2）を、協力医療機関を辞退したい場合は「委任状取り下げ申出書」（様式1-3）を草加八潮医師会へご提出をお願い申し上げます。
なお、詳細につきましては別紙「参加医療機関へのお願い並びに注意事項」及び「実施要綱」を必ずご確認くださいますようお願い申し上げます。
ご参考に令和２年度の登録医師名簿を添付いたします。

提出期限　：　令和３年　８月　３０日（　月　）

提出先　　：　草加八潮医師会（FAXでのご提出は不可です）
郵送又はお届けくださいませ

※令和２年度と変更なく更新される場合は、何もご提出いただく必要はございません。
※既に異動届及び退会届をご提出いただいている場合でも、名簿には反映されておりません。名簿をご確認いただき、相違がございます場合には恐れ入りますが委任状変更届のご提出をお願い申し上げます。
※実施期間が短いため、上記提出期限を過ぎてからの参加や登録医師の変更は受け付けることができません。

№115

524-(1)

参加医療機関へのお願い並びに注意事項

①協力対象について

（１）医療機関の施設長が埼玉県医師会員であること。

（２）インフルエンザ予防接種を接種可能な会員医療機関及び医師。

（３）地元医師会を通じ、地元市町村と予防接種業務委託契約を交わしている医療機関。

②この事業は６５歳以上の定期接種者が対象です。登録医師のいる曜日や時間帯において患者さんの予約を取るなど、医療機関窓口での対応・対策をお願いいたします。

③本年の相互乗り入れの実施期間については、令和３年１０月２０日～令和４年１月３１日を予定しております。埼玉県医師会と各市町村で契約後、当医師会宛てに協力医療機関分の各市町村接種料金表等が送付されてくる予定です。

③医療機関が市町村へ送付する請求書は、当該予防接種を実施した翌月の１５日までに提出となっております。

④委任状等の記入方法等について

（１）医療機関名は法人名を除いた病院名（正式名称）です。

（２）接種医は原則医師会員です。医療現場の状況を鑑み非会員の登録も可能ですが、実際に接種医として登録が必要であるか十分ご確認ください。

（３）委任状（様式1-1）、委任状変更届（様式1-2）につきましては両面印刷となっております。
（埼玉県医師会の担当者より徹底する旨周知がありました）
パソコンで作成したものでも差し支えありませんが、必ず両面印刷にて出力してください。また、様式のデータ（ワードファイル）をご希望の場合は草加八潮医師会事務局までご連絡ください。

（４）各接種医師の印鑑が必要です。記載の医師全員分の印鑑が揃ってからご提出をお願い致します。

⑤埼玉県医師会ＨＰ（http://www.saitama.med.or.jp/）の「協力医療機関・市町村」ページにて、各市町村料金表および様式等のダウンロードが可能です。

（１０月１日頃更新予定）

⑥高齢者インフルエンザ予防接種につきましては接種期間が短いため、提出期限後、及び実施期間途中における医療機関の新規追加、医師の追加登録は行いません。

⑦かかりつけ患者のみを相互乗り入れ接種対象としているなど、一般市民に公開される参加医療機関リスト（埼玉県医師会ＨＰ「一般用」ページ）への掲載を希望しない医療機関は、別紙にご記入いただき、委任状等と併せてお送りくださいますようお願い申し上げます。（ただし、その場合でも市町村職員のみ閲覧できる「協力医療機関・市町村」ページへは掲載いたします）。

なお、過去に掲載を希望しない旨ご連絡いただいております場合でも、今年度において掲載を希望しない場合には、必ずご提出くださいますようお願い申し上げます。

埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）
相互乗り入れ実施要綱

1　目　的

埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種相互乗り入れは、住所地以外の市町村における次の埼玉県民の接種を可能とし、接種の利便性を図ることを目的とする。

（１）６５歳以上の者

（２）６０歳以上６５歳未満であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定める者

＜厚生労働省令で定める者（昭和２３年８月１０日厚生省令第３６号予防接種法施行規則第２条の２）＞

心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者。

2　接種対象者

相互乗り入れ対象者は、上記１に該当し、次の要件をいずれか満たす者とする。

（１）かかりつけ医が住所地外市町村区域にいる者

（２）慢性疾患等があり、主治医が住所地外市町村区域にいる者

3　ワクチンの種類

インフルエンザワクチン（Ｂ類定期接種）

4　委託料について

（１）接種料金は統一しない。相互乗り入れに協力する医師（以下、「接種協力医」という。）は、接種希望者が居住している市町村の設定している接種委託料にて接種を行い、当該市町村に請求する。

（２）委託料はワクチンを含めた額とする。

（３）市町村は、委託契約した金額の予防接種料金表を作成し、契約書を添えて一般社団法人埼玉県医師会（以下、「埼玉県医師会」という。）へ提出する。

5　実施期間

この要綱による相互乗り入れは、当該年度の１０月２０日から翌年１月３１日までの間に実施するものとする。

6　契約について

（１）「住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ契約」は、各市町村長と埼玉県医師会会員医療機関等の長の代理人として一般社団法人

埼玉県医師会長（以下、「埼玉県医師会長」という。）との間に交わすものであり、健康被害が生じた場合の協定も含まれる。

（２）契約書は、従来の市町村と医療機関（市町村医師会等）との「居住地契約」と共に、「住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ委託契約」の２種類を必要とし、対象年齢及び契約期間等の契約内容はそれぞれ同等程度でなければならない。

（３）契約は、埼玉県医師会長が全ての市町村と締結する。

（４）本相互乗り入れに参加する会員医療機関等（以下、「接種協力医療機関」という。）の長は、埼玉県医師会員でないとならない。

（５）相互乗り入れに賛同する接種協力医が所属する接種協力医療機関の長は、埼玉県医師会長に「委任状」（様式１－１）を提出する。また、委任状の内容に変更があった場合は「委任状変更届」（様式１－２）を、委任状を取り下げする場合は「委任状取り下げ申出書」（様式１－３）を速やかに埼玉県医師会長に提出する。

なお、「委任状取り下げ申出書」の提出がない限り、原則として毎年自動更新されることとする。

（６）接種協力医は原則として埼玉県医師会員とする。ただし、勤務医については、接種協力医療機関の長が推薦し、埼玉県医師会長が認めた者については、その限りではない。

（７）埼玉県医師会長は、毎年度、各市町村長との間に「住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ委託契約書を交わすと同時に、「接種協力医師名簿」を作成し、接種協力医療機関及び市町村担当者が閲覧できるよう、埼玉県医師会ホームページ上に掲載する。

（８）埼玉県医師会長は、接種協力医療機関を、県民が閲覧できるよう、埼玉県医師会ホームページ上に掲載する。

７　接種料金の請求方法

（１）接種協力医療機関は、契約書に定める日までに、毎月各市町村ごとに医師会統一の請求書（様式２）を発行する。

（２）請求書は、各接種協力医療機関で準備する。

接種協力医療機関は住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ契約に同意した市町村の予防接種料金を、配布した冊子及び埼玉県医師会ホームページ上にて確認し、これを元に請求書を作成し、予診票と一緒に市町村へ送付する。

８　実施方法

（１）市町村相互の接種依頼書は必要としない方式とする。

（２）予診票の様式は、接種対象者の居住地市町村のものを使用する。

（３）接種協力医療機関及び接種協力医は、接種の際は必ず健康保険証等で接種者

の住所地の確認を行う。

（４）予防接種済の証明は、接種協力医療機関及び接種協力医が予防接種済証（様式３）を被接種者に交付するものとする。

９　事務処理

事務は、埼玉県医師会事務局が行う。

10　その他

（１）埼玉県における住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れは県内全市町村一斉実施が望ましいが、本要綱に賛同した市町村とする。

（２）各市町村はこの契約の円滑な実施のため、予防接種健康被害調査委員会を設置する。

附則

この要綱は、平成２６年１０月２０日から施行する。

附則

この要綱は、平成２９年１０月２０日から施行する。

附則

この要綱は、令和　元年１０月２０日から施行する。

附則

この要綱は、令和　２年１０月　１日から施行する。

附則

この要綱は、令和　３年１０月２０日から施行する。

様式２

高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ

委 託 料 請 求 書

請求金額　金　　円

令和　　年　　月分の予防接種相互乗り入れ委託料として、別紙予診票を添えて請求いたします。

内　　訳

項　　目	件　数（件）	単　　価（円）	金　　額（円）
インフルエンザ（一般）			
インフルエンザ（生活保護等）			
予診のみ			
合　　計			

令和　　年　　月　　日

市町村長

住　　所
医療機関名
施設長名　　㊞

口座振替

信用金庫　　支店　　口座番号　（普　・　当） 銀行、　　組合　　支所	
（フリガナ） 口座名義	

様式３

No.＿＿＿＿＿＿　　インフルエンザ予防接種済証

住所
氏名
年　　月　　日生

予防接種を行った年月日

令　和　　年　　月　　日

令　和　　年　　月　　日

埼玉県　＿＿＿＿市町村委託医療機関

㊞

※必ず医療機関の長の印を押してください。

埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ

QアンドA

（令和3年度版）

接種協力医、市町村職員用

埼玉県医師会・埼玉県

＜ 接種協力医・市町村共通 ＞

Q1：高齢者を対象とした定期のインフルエンザ予防接種の対象年齢は何歳ですか？

（１）６５歳以上の者
（２）６０歳以上６５歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして※厚生労働省令で定めるものです。
なお、６５歳の誕生日の前日から法定の接種の対象者となります。

＜※厚生労働省令で定めるもの＞
心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度を有する者とする。

Q2：住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）は、どのような人が対象となるのですか？

法律で定められた予防接種は、「・・・・市町村の区域内に居住するものであって、政令で定めるものに対し・・・・予防接種を行わなければならない。」とされています。

埼玉県では次に該当する方に対し、住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れに参加する会員医療機関等（以下、「接種協力医療機関」という。）および協力する医師（以下、「接種協力医」という。）により、**住所地外においても接種できる体制を整えました。（埼玉県内に限る）**

（１）かかりつけ医が住所地外市町村区域にいる者
（２）慢性疾患等があり、主治医が住所地外市町村区域にいる者

Q3：高齢者のインフルエンザ予防接種の実施期間は市町村によって違うのですか？

予防接種の実施期間は市町村で定めることとされており、**市町村によって期間が違います。**

「インフルエンザ予防接種相互乗り入れ接種料金表等一覧」を見てください。居住地市町村の接種期間が記入されています。これは、あくまでも居住地市町村で受ける場合の定期の予防接種に関する接種期間となります。

相互乗り入れの期間は１０月２０日から翌年１月３１日までで、県内統一です。居住地市町村の接種期間と相互乗り入れの期間は異なることもありますので、ご注意ください。

Q4：なぜ、住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れを行うのですか？

少子高齢社会を迎え、健康意識の高まりとともに、かかりつけ医等を住所地外の市町村に持つ住民が多くなり、予防接種を希望する住民から、要望が多く寄せられるようになりました。

そのため、住民が安心して予防接種が受けられるよう、市町村と接種協力医が連携して接種できる体制を整備しました。

Q5：「住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ」とは、どのような契約方法なのですか。

各市町村長と埼玉県医師会会員医療機関等の長の代理人である埼玉県医師会長との間に委託契約を締結します。

埼玉県医師会長は、それぞれの市町村長と契約を結ぶことになります。

Q6：県内の住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）が受けられる医療機関は教えていただけるのですか？

埼玉県医師会ホームページ【住所地外相互乗り入れ】上に公開されます。市町村及び接種協力医療機関、接種協力医のみではなく、住民も閲覧できます。

市町村及び接種協力医療機関、接種協力医の閲覧用パスワードはこの料金表等一覧のトップページに記載されています。

埼玉県医師会 HP　http://www.saitama.med.or.jp/

Q7：接種料金はどのようになるのですか。

個別接種料金は、接種希望者が居住している市町村の設定している接種委託料となります。（居住地料金）

Q8：接種料金が市町村によって違いますが、それでも接種していただけるのですか？

そのとおりです。

住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れについては、市町村によって接種料金が違うことに対し理解をし、かつ、住民の利便性を優先するという目的に対し協力をいただける接種協力医療機関により、実施するものです。

Q9：委託料の請求方法はどのようになりますか？

各接種協力医療機関は、県医師会事務局が作成した「埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ料金表等一覧」及び埼玉県医師会ＨＰを参照し、月ごとに契約書に定めた日までに医師会統一の請求書を作成し、予診票を添えて被接種者の居住している市町村に送付します。

各市町村は、契約書に定めた期日までに医療機関の口座に委託料を振り込んでいただくことになります。

Q10：住所地外で高齢者インフルエンザ予防接種を希望する場合は依頼書や予診票はどのようになるのですか？

予防接種を希望される場合

（１）市町村の依頼書は、必要としません。

（２）予診票は、居住地のものを持参してください。

（３）接種協力医療機関及び接種協力医は、接種の際は、必ず健康保険証等で住所地の確認を行って下さい。

Q11：ワクチンは契約金額に含まれているのですか？

ワクチンは各接種協力医療機関で用意をしていただいたものを使用し、ワクチン代は契約金額に含まれます。

ワクチン代を別に契約している市町村は、ワクチンを含んだ金額を設定して下さい。

Q12：県医師会長と全ての市町村（最大63市町村）と契約を結ぶ場合、市町村によって、違う部分又は注意する部分はなんですか？

違う部分は、接種料金です。

健康被害発生時の対応等についての契約内容は皆同じになります。

Q13：予防接種済の証明はどのようにしたらよいですか？

「○○市町村長委託医療機関　医療機関の長　印」とし、予防接種済証を発行してください。（実施要綱における様式３）

予防接種済証は予防接種を受けたことを証明するために必要ですので、必ず交付してください。

市町村によっては、予診票の後ろに予防接種済証の様式がついている場合があります。その場合は指定された様式に記入して被接種者にお渡し下さい。その際、捺印をお願いします。

＜　接種協力医　＞

Q14：接種協力医はどのような手続が必要ですか？

住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ契約に協力する医師会員等は、県医師会長に医師会所定の委任状等を接種協力医療機関の長名にて提出します。

Q15：市町村が住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れに参画していないが、同市町村内の医療機関が接種協力医として委任状を提出している場合は、この制度による予防接種を実施できますか。

接種協力医療機関における接種協力医は、他の市町村と医師会長が契約を締結しているので、他の市町村の住民に対しては、予防接種を実施することができます。

乗り入れに参加していない市町村の住民は、他市町村で接種できません。

Q16：接種協力医が住所地外の市町村において集団接種はできますか？

できません。

契約には、「接種協力医が業務を行うに当たっては、開設または所属する接種協力医療機関において、個別接種の方法により行うものとする。」となっています。

Q17：県医師会員でない医療機関では、接種協力医になれますか？

県医師会員の医療機関に限られます。

医師会に加入していない住所地外の医療機関は、市町村それぞれ単独で契約を結ぶか依頼書による接種をお願いする形になります。

Q18：副反応疑い報告書はどこに提出すればよいですか？

副反疑い応報告については、平成２６年１１月２５日から報告ルートが変更となりました。医療機関から（独）医薬品医療機器総合機構安全第一部安全性情報課へ直接ＦＡＸ（０１２０－１７６－１４６）で報告書を送付して下さい。

Q19：予防接種法に基づく接種対象となると、必ず受けなければならないのですか？

いいえ。予防接種法による定期のインフルエンザ予防接種については、自らの意思で接種を受けるかどうかを判断していただきます。強制されることはありません。

Q20：県内の住民票と異なるところに長期滞在しているのですが、現在地で予防接種を受けることはできますか？

埼玉県民が、埼玉県内の各市町村の接種協力医療機関で受けようとする場合であれば、「住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ」により接種できます。

市町村に依頼書を発行してもらう必要はありませんが、**住民票のある市町村の予診票が必要**です。

市町村によっては、自宅に配布されたりしている場合もありますので、住民票のある市町村にお問い合わせください。

Q21：他県の方は住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）を利用できますか？

住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ制度は、**埼玉県内の県民を対象**としているので、他県の方は、従来どおり、依頼書により行ってください。

Q22：認知症の方にも予防接種を受けさせることはできますか。

対象者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思確認をすることとし、接種希望であることが確認できた場合に接種を行うことができます。

対象者の意思確認が最終的にできない場合は、予防接種法に基づいたこの制度の接種を行うことはできません。

Q23：老人施設入所者は予防接種法に基づく定期接種の対象者になるのでしょうか。

接種を実施する場合は、施設長の責任で実施するのでしょうか。

市町村の責任で実施するのでしょうか。

施設入所者であるか否かにかかわらず、Ｑ１に該当する方であれば対象になります。また、Ｂ類疾病の定期接種ですので、施設長が実施するということはなく、市町村が実施主体となり、施設の嘱託医が接種協力医である場合、当該医に委託することによって相互乗り入れの接種をすることができます、なお、高齢者施設に入所している高齢者に予防接種法に基づく予防接種を行う場合には、インフルエンザ予防接種が個人の死亡や入所者の入院等の重症化防止に重点があることなどから、被接種者の意思に基づきその責任において行います。

従って、施設長が一律的に接種を行ってはならず、高齢者の接種希望の意思を確認した上で接種を行ってください。

また、インフルエンザ予防接種は個別接種が原則ですので、一人一人の予診を十分に行い、プライバシーの保護に留意してください。

さらに施設内で接種を行う際には、次の設問も参考に、医療法など関係法令に従うことに御留意ください。

Q24：接種は、医療機関で個別接種するのが原則ですが、老人施設スタッフ等の関係でそれが難しい場合は、接種協力医である嘱託医が施設で実施して差し支えないのでしょうか。

介護老人保健施設や、医療法上の診療所としての届出のある医務室のある特別養護老人ホーム等では、嘱託医が接種協力医である場合、相互乗り入れの接種をすることができます。

この場合は、各入所者の主治医から意見や診断書等を参考にすることが望ましく、さらに自ら予診及び診察を十分に行った上で接種を行ってください。

高齢者は、基礎疾患等がある方が多くおられるため、慎重に行う必要があると考えられます。

また、インフルエンザ予防接種は個別接種が原則ですので、被接種者のプライバシーの保護に留意してください。

＜ 市 町 村 ＞

Q25：契約書の条件はありますか？

契約は、原則として市町村と医療機関（市町村医師会等）との従来行っている「居住地契約書」と共に、「住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ契約書」の２種類を必要とします。

つまり、相互乗り入れ契約は、従来の市町村内での契約と同一条件であることが必須条件です。

Q26：住所地外高齢者インフルエンザ（定期接種）相互乗り入れを実施していない市町村の場合はどうしたらよいですか？

従来同様、「依頼書」を対象者に市町村から発行していただき、各市町村と契約している医療機関で接種してください。

Q27：予防接種健康被害調査委員会を設置していない市町村は住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れに参加できますか？

できません。

予防接種による健康被害が出た場合は、対応がすぐ図れるよう市町村において要綱等の設置の整備を整えてからの参加をお願いします。

Q28：予防接種済証はどのように作成すればよいですか？

実施要綱における様式３のとおりです。

埼玉県医師会のホームページからダウンロードが可能です。

市町村によっては、予診票の後ろに予防接種済証の様式がついている場合もあります。

様式１－２

委 任 状 変 更 届

令和　　年　　月　　日

一般社団法人埼玉県医師会長　様

医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
施 設 長 名　　㊞

当該医療機関が貴会に提出した住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れにかかる委任状の下記事項について変更願います。

記

下記変更事項に☑の上、必要事項を記入ください。

□１．医療機関名（法人名の変更は除く）、所在地

変更前　　変更後

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　〒＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　〒＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□２．接種協力医師

No.	氏　名	印	該当するものに○	No.	氏　名	印	該当するものに○
1			削除 ・ 追加	9			削除 ・ 追加
2			削除 ・ 追加	10			削除 ・ 追加
3			削除 ・ 追加	11			削除 ・ 追加
4			削除 ・ 追加	12			削除 ・ 追加
5			削除 ・ 追加	13			削除 ・ 追加
6			削除 ・ 追加	14			削除 ・ 追加
7			削除 ・ 追加	15			削除 ・ 追加
8			削除 ・ 追加	16			削除 ・ 追加

※　登録は、原則として医師会会員とする

※　書ききれない場合は、裏面に記入

＊埼玉県医師会＊

※郡市医師会精査欄　　医師会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□　(レ点)

表

No.	氏　名	印	該当するものに○	No.	氏　名	印	該当するものに○
17			削除 ・ 追加	46			削除 ・ 追加
18			削除 ・ 追加	47			削除 ・ 追加
19			削除 ・ 追加	48			削除 ・ 追加
20			削除 ・ 追加	49			削除 ・ 追加
21			削除 ・ 追加	50			削除 ・ 追加
22			削除 ・ 追加	51			削除 ・ 追加
23			削除 ・ 追加	52			削除 ・ 追加
24			削除 ・ 追加	53			削除 ・ 追加
25			削除 ・ 追加	54			削除 ・ 追加
26			削除 ・ 追加	55			削除 ・ 追加
27			削除 ・ 追加	56			削除 ・ 追加
28			削除 ・ 追加	57			削除 ・ 追加
29			削除 ・ 追加	58			削除 ・ 追加
30			削除 ・ 追加	59			削除 ・ 追加
31			削除 ・ 追加	60			削除 ・ 追加
32			削除 ・ 追加	61			削除 ・ 追加
33			削除 ・ 追加	62			削除 ・ 追加
34			削除 ・ 追加	63			削除 ・ 追加
35			削除 ・ 追加	64			削除 ・ 追加
36			削除 ・ 追加	65			削除 ・ 追加
37			削除 ・ 追加	66			削除 ・ 追加
38			削除 ・ 追加	67			削除 ・ 追加
39			削除 ・ 追加	68			削除 ・ 追加
40			削除 ・ 追加	69			削除 ・ 追加
41			削除 ・ 追加	70			削除 ・ 追加
42			削除 ・ 追加	71			削除 ・ 追加
43			削除 ・ 追加	72			削除 ・ 追加
44			削除 ・ 追加	73			削除 ・ 追加
45			削除 ・ 追加	74			削除 ・ 追加

様式１－３

委任状取り下げ申出書

令和　　年　　月　　日

一般社団法人埼玉県医師会長　様

郡市医師会＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名

所　在　地

電 話 番 号

施設長　名　　㊞

当該医療機関が貴会に提出した住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れにかかる委任状を取り下げていただきますようお願い申し上げます。

＊埼玉県医師会＊

※郡市医師会精査欄　　医師会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□　(レ点)

（別紙）

埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ
における埼玉県医師会ホームページ一般用ページでの名簿の記載について

本院は、埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れについて、埼玉県医師会ホームページ内「一般用」ページでの公開を希望しません。

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※過去に掲載を希望しない旨ご連絡いただいております場合でも、今年度において掲載を希望しない場合には、必ずご提出くださいますようお願い申し上げます。