

(様式2)

野々市市長を除く石川県下の全市町長との間の  
契約締結の委任に関する件 (委任承諾書)

野々市市長 栗 貴 章 様

私は上記のものに対して次の事項を委任いたします。

野々市市長を除く石川県下の全市町長に対して、予防接種法第5条(A類疾病・B類疾病)に基づく疾病のうち、野々市市長が対象とする疾病の個別予防接種に協力することを承諾する件。

その承諾の内容は、私と野々市市長との間に締結された契約内容を条件とする。

ただし、個別予防接種の対象疾病及び接種に要する費用は、被接種者の住所地の市町長が定めた条件に同意する。

令和 年 月 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関名称 \_\_\_\_\_

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

(医師が複数である場合は、連名で記入、押印してください。)

(様式2)

記入例

野々市市長を除く石川県下の全市町長との間の  
契約締結の委任に関する件 (委任承諾書)

野々市市長 栗 貴 章 様

該当するものに○をつけてください。

私は上記のものに対して次の事項を委任いたします。

野々市市長を除く石川県下の全市町長に対して、予防接種法第5条(A類疾病、B類疾病)に基づく疾病のうち、野々市市長が対象とする疾病の個別予防接種に協力することを承諾する件。

その承諾の内容は、私と野々市市長との間に締結された契約内容を条件とする。

ただし、個別予防接種の対象疾病及び接種に要する費用は、被接種者の住所地の市町長が定めた条件に同意する。

令和 7年 7月 1日

法人の場合は、法人名を含む  
医療機関名を記入してください。

医療機関住所 野々市市三納三丁目 128 番地

医療機関名称 医療法人社団●●会 ◆◆クリニック

医師氏名 野々市 一郎

野々市

印

医師の記名・押印が  
必要です。

印

印

印

印

【提出先】

921-8825

野々市市三納三丁目 128 番地

市健康推進課 (保健センター内) あて

【受付後】

※市で受付・確認後、県へ報告します。

※県の予防接種委任承諾医のリストに登録されます。

(医師が複数である場合は、連名で記入、押印してください。)