委任状作成日：2021年2月12日

委任状

【委任者】

|  |  |
| --- | --- |
| ①医療機関コード  （又は介護老人保健施設、介護医療院に係る介護保険事業所番号）  ※10桁でご記入ください |  |
| ②医療機関名 |  |
| ③郵便番号 |  |
| ④所在地（要都道府県） |  |
| ⑤電話番号（要市外局番） |  |
| ※契約代表者役職・氏名 | 印 |

★※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

（記入担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 部署・氏名 |  |
| メールアドレス |  |

★ワクチン接種円滑化システムの利用の際に、メールでの情報伝達が頻繁に行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事情がある場合には、市町村に事情を説明した上で、ＦＡＸ番号をご登録ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸ番号 |  |

当施設は、神戸市へ、次の事項についての権限を委任いたします。

記

１　予防接種法（昭和23年法律第68号）附則第７条第１項により同法第６条第１項の規定による予防接種とみなして市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）により行われる新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和２年１月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。以下同じ。）に係る予防接種について、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること。

２　上記１の契約について、当院の脱退の意思に基づき、委託契約書の規定に従って当該委託契約を解除すること。

３　上記１に係る契約の締結及び上記２に係る契約の解除についての権限を、必要に応じて、日本医師会（委任とりまとめ者が市町村の場合は都道府県）に再委任すること。

（委任とりまとめ者）

神戸市

（参考情報）

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種について、貴医療機関で取り扱いを予定するワクチン（ファイザー社、武田・モデルナ社については、基本型又はサテライト型（連携型）の別）を１種類ご選択ください。

ワクチンの種類によって医療機関に求められる要件が異なりますので、十分にご留意ください。

なお、使用するワクチンについてはワクチン接種円滑化システム（V-SYS）で変更することが可能です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ファイザー社ワクチン | 武田・モデルナ社ワクチン | アストラゼネカ社ワクチン |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 【本状を提出する機関の方】  本状を提出後、一定の期間を経過しても委任状の提出先から受領の連絡がない場合や、V-SYSのID、パスワードの連絡がない場合には、委任状の提出先又はV-SYSサービスデスクにご連絡ください。  【委任とりまとめ者の方】  本状の提出元に心当たりがない場合には、本状の提出元にご連絡ください。 |