

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種用

※必ずコピーを保管ください。

委任状作成日： YYY年 MM月 DD日

委任状

Table with 2 columns and 6 rows for commissioning information, including medical institution code, name, address, and phone number.

* ※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

Table with 2 columns and 2 rows for contact information, including department name and email address.

* 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。

Table with 2 columns and 1 row for fax number.

当施設は、【●●（とりまとめ団体）】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)

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
【●●（とりまとめ団体）】

<設計上のコード>

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種用

※必ずコピーを保管ください。

(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）をご記入ください。

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
基本型	サテライト型（連携型）※	基本型	サテライト型（連携型）※	

※ サテライト型（連携型）について

・サテライト型：住民への接種に当たり、例外的に基本型接種施設で保管されていたワクチンを譲り受け接種を行う。

・連携型：医療従事者等への接種に当たり、概ね100名以上の接種を行う施設において、基本型接種施設で保管されていたワクチンを譲り受け接種を行う。

【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。

<設計上のコード>