（参考様式１）

令和　　年　　月　　日

一般社団法人秋田県医師会長　様

医療機関所在地

医 療 機 関 名

開　設　者　名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

※「請求書」の請求者と同じであること。

**委 任 状**

秋田県が実施する「風しん抗体検査事業」について、秋田県と「風しん抗体検査業務委託契約」を締結することについて、「一般社団法人秋田県医師会」を代理人と定め、次の条件を附して委任します。

・委任するに当たっての条件

検査を実施した際の費用（委託料）の請求及び受領は、秋田県と協力医療機関との間で直接行うものとする。

委任者名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関所在地 | 〒　　　－ |
| 医療機関名 |  |
| 開設者名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者所属・氏名 |  |