

(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	
F A X 番号	
担当者所属・氏名	