

様式第 1 号

委 任 状（風しん抗体検査）

年 月 日

一般社団法人香川県医師会長 殿

※「請求書」の請求者と同じであること。

〒

所 在 地

法 人 名

医療機関名

債権者職・氏名

印

（電話番号 — — ）

香川県が実施する「風しん抗体検査」について、香川県と「風しん抗体検査業務委託契約」を締結することについて、「一般社団法人香川県医師会」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、香川県と当法人（医療機関）との間で直接行うものとする。

委任者名

所 在 地	〒
法 人 名	
施 設 名	
債権者（開設者）職・氏名	
院 長 名	
電 話 番 号	— —