

(医療機関→郡市医師会)

令和2年度「風しん抗体検査助成事業」業務実施承諾書及び委任書

年 月 日

(公社)岡山県医師会長 殿

所在地 〒
医療機関名
開設者名又は管理者名 印
電話番号 () -
FAX番号 () -
(保険医療機関の場合)
医療機関コード(7桁)

私共は、貴職が岡山県、岡山市、倉敷市と「風しん抗体検査助成事業委託契約」を締結するにあたり、当院において風しん抗体検査業務を実施することを承諾いたします。

また、上記業務の受託に係る契約締結についての権限を次の条件を付して貴職に委任いたします。

記

○委任するに当たっての条件

抗体検査実施に要する費用の請求権及び受領権を「公益社団法人岡山県医師会長」に委任する。

○委任者名

所在地	
医療機関名	
開設者名又は管理者名	

※請求書の請求者と同じであること。