

(医療機関→郡市医師会→県医師会)

令和6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

令和 年 月 日

(公社)岡山県医師会長 殿

【委任者】

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) _____

記

私共は、岡山県、岡山市、倉敷市との「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助成事業を実施することを承諾いたします。

なお、上記医療機関情報については事務を円滑に処理するため、実施主体である岡山県、岡山市、倉敷市間において共有されることについても、承諾いたします。

また、上記業務の受託に関する契約締結について、貴法人を代理人として契約締結に係る一切の権限を委任いたします。