

(医療機関→郡市医師会→県医師会)

風しん

「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

【委任者】

医療機関の所在地: 〒

法人名:

医療機関名:

開設者又は管理者の職名・氏名:

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):

令和8年度以降の風しん抗体検査助成事業（以下、「本事業」という。）の委任について、次の内容をご確認いただき、承諾の上、ご提出ください。

記

- ・令和8年度中、業務を実施します。翌々年度（令和9年度）以降も本事業が継続される場合は、引き続き契約締結等について貴法人に委任します。ついては、**今回の委任書の提出をもって、令和9年度以降は委任書の提出を省略します。**
- ・なお、**本事業の委任を解消したい（本事業による検査を行わない）場合、又は提出事項に変更がある場合は、速やかに貴法人へ申し出ます。**

（注：委任解消後に再び本事業の検査を実施する場合は、検査実施前に再度委任書の提出が必要です。）

- ・私共は、岡山県、岡山市及び倉敷市と本事業の委託契約を締結するにあたり、当院において本事業を実施することを承諾します。
- ・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、承諾します。
- ・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します。