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 | 　　　　　　　　－　　　　　　　　－ |