

委 任 状

令和 年 月 日

千葉県医師会長 様

私は、千葉県風しん抗体検査事業実施要綱に基づき行う、風しん抗体検査を実施することを承諾いたします。

つきましては、風しん抗体検査業務について、千葉県知事との契約締結に関する権限を委任します。

- ・ 地区医師会名 () 医師会
- ・ 当事者のいずれか一方より別段の意思表示がないときは、本契約は同一条件をもって更に1年間自動的に延長されるものとし、以後も同様とする。

医療機関名 _____ 印

管理者氏名 _____ 印

住 所 _____

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____