

様式 1

—滋賀県風しん抗体検査事業委託契約—

委 任 状

年 月 日

一般社団法人 滋賀県医師会長 様

医療機関名

所在地

管理者名

印

「滋賀県風しん抗体検査（委託医療機関）実施要領」に基づく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、一般社団法人滋賀県医師会長を代理人に定め、委託契約を締結する権限を委任いたします。

滋賀県医師会