

滋賀県風しん抗体検査事業協力承諾書

年 月 日

滋 賀 県 知 事 様
大 津 市 長 様

当院は、下記のとおり滋賀県風しん抗体検査事業への協力について承諾します。

住所（法人は事務所所在地）

氏名（法人は名称および代表者氏名）

印

【医療機関の概要】

医療機関名 _____

所在地（〒 - ）

連絡先 TEL _____ FAX _____

受付窓口（部署名） _____

この検査は事前連絡（予約）が必要と考えていますので、必ず受付窓口、連絡先（TEL、FAX番号）をご記入ください。

記

- 1 「滋賀県風しん抗体検査（委託医療機関）実施要領」に基づき当該事業を実施します。
- 2 検査希望者が受診できる医療機関が広く県民に周知されるよう医療機関名等（医療機関名、所在地、連絡先、受付窓口）が公表されることに同意します。