

様式第 1 号

令和 6 年度高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業委任状

高松市内 3 医師会連合会会長 殿

令和 年 月 日

※「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：

代表者職・氏名： 印

(電話番号： - -)

(FAX : - -)

高松市が実施する、主に妊娠を希望する女性及びその配偶者等を対象とした「風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業」において、高松市と「風しん抗体検査・風しん予防接種業務委託契約」を締結することについて、「高松市内 3 医師会連合会」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

抗体検査又は予防接種を実施した際の費用（委託料）の請求及び受領は、高松市と当法人（医療機関）との間で直接行うものとする。

【予防接種をおこなう医師】

医師名	

※予防接種をおこなう医師の人数が多い場合は、別紙を添付してください。

【受託業務】

風しん抗体検査及び風しん予防接種について、受託されるものに○印を御記入ください。

①抗体検査

②予防接種