

様式第2号

高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業委任状変更届

年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 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：

代表者職・氏名： 印

(電話番号： — —)

(FAX： — —)

高松市が実施する「風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業」において、契約を締結するために先に提出した委任状の記載事項に変更がありましたので、以下のとおり変更を届け出ます。

変更事項

	変 更 前		変 更 後	
所 在 地				
法 人 名				
医 療 機 関 名				
代 表 者 職 ・ 氏 名				
印 の 変 更				
電 話 番 号 ・ F A X				
予 防 接 種 を お こ な う 医 師				
受 託 業 務 (○印を御記入ください。)	抗体検査	予防接種	抗体検査	予防接種

※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。