別紙様式２

**委　　任　　状**

（島根県風しん抗体検査事業）

令和　　年　　月　　日

一般社団法人　島根県医師会長　様

医療機関名

所在地

開設者又は管理者名　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、島根県が実施する島根県風しん抗体検査事業を「島根県風しん抗体検査事業実施要領」に基づいて実施します。

また、当該検査に関する検査業務委託契約の権限を一般社団法人島根県医師会長に委任します。

　なお、本事業を実施する医療機関として公表することについて（　承諾　・　拒否　）します。

※公表については、承諾または拒否のいずれかを〇で囲んでください。