

こどもインフルエンザ予防接種広域化助成事業委託契約委任状

令和 年 月 日

受任者

公益社団法人富山県医師会長 殿

委任者

※「請求書」の請求者と同じであること

医 療 機 関 名

開設者又は管理者

医療機関所在地

医療機関電話番号

私または当医療機関は、こどもインフルエンザ予防接種広域化助成事業に協力することを承諾いたします。

つきまして、公益社団法人富山県医師会長を代理人に定め、富山県内市町村長と「こどもインフルエンザ予防接種広域化助成事業委託契約」を締結する権限を委任します。

発行責任者 役職・氏名・連絡先：

担当者 部署名・氏名・連絡先：

医療機関一覧への掲載について ※いずれかにチェックを入れてください。

☐掲載する ☐掲載しない

※本委任状の内容に変更等が生じた場合には、県医師会へ報告してください。