

委 任 状

令和 年 月 日

栃木県医師会長 様

医療機関名

管理者氏名

印

住所

電話番号

当医療機関は、栃木県風しん抗体検査（医療機関委託）実施要領に基づく協力医療機関として風しん抗体検査を実施することを承諾いたします。

つきましては、本事業における栃木県知事との契約締結に関する権限を栃木県医師会に委任します。