

令和4年4月1日

医療機関における新型コロナウイルス感染症行政検査委託契約締結
に関する委任状

代理人：沖縄県医師会（取りまとめ機関）

委任者

① 医療機関名：

② 所在地：

③ 代表者氏名： _____ 印

④ 担当者連絡先

所属・氏名：

TEL：

FAX：

e-mail：

当院は、沖縄県医師会（取りまとめ機関）に対し、「医療機関における新型コロナウイルス感染症行政検査委託契約」（以下「委託契約」という。）に関する下記の権限を委任いたします。

記

○ 沖縄県との委託契約の締結、変更並びに解約及び解除に関する一切の事項

以上

記載例（医療法人の場合）

令和4年4月1日

医療機関における新型コロナウイルス感染症行政検査委託契約締結 に関する委任状

代理人： 沖縄県医師会（取りまとめ機関）

委任者

法人の場合は
法人名と施設名を記載

① 医療機関名： 医療法人〇〇〇 〇〇病院

② 所在地： 沖縄県〇〇市〇△ - 〇△

③ 代表者氏名： 理事長 〇〇 〇〇 印

・ 代表者の役職から記載。
・ 印鑑は代表者印
※請求の際も、同じ印が必要になります

④ 担当者連絡先

所属・氏名： 医事課 〇〇 〇〇

TEL： 〇△〇-〇〇〇〇

FAX： 〇△〇-〇〇〇〇

e-mail： 〇△〇△〇@・・・.jp

・ 契約や請求に関する担
当者を記載ください。

当院は、沖縄県医師会（取りまとめ機関）に対し、「医療機関における新型コロナウイルス感染症行政検査委託契約」（以下「委託契約」という。）に関する下記の権限を委任いたします。

記

○ 沖縄県との委託契約の締結、変更並びに解約及び解除に関する一切の事項

以上