様式第１号

とやまっ子インフルエンザ予防接種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　様

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、富山県が実施する「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業」の実施に協力することを承諾いたします。

つきましては、公益社団法人富山県医師会長を代理人に定め、富山県と「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約」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：