

(社保 特定健診特定保健指導)

令和 年 月 日

委 任 状

(委任者) 機関番号：_____

機 関 名：_____

開設者_____

郵便番号：〒_____

住 所：大分県_____

電話番号：_____

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任致します。

1. 大分県内で実施する特定健康診査について、医療保険者の代表保険者との間で、特定健康診査の実施に関する委託契約を締結すること
2. 大分県内で実施する特定健康診査について、医療保険者の代表保険者との間で、特定保健指導の実施に関する委託契約を締結すること
3. 上記における各権限の一切を一般社団法人大分県医師会に委任すること

記

(代理人) 住所：大分県大分市駄原 2892 番地の 1

氏名：一般社団法人 大分県医師会

会長 河 野 幸 治