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