委任状（兼代理権授与通知書）

秋田市から支払われる秋田市風しん抗体検査費助成事業　業務委託料（令和８年度分）の請求を下記の者に委任いたします。

なお、業務委託料は各月に提出する実施報告書に記載の委任者の口座に振り込みくださるよう通知いたします。

委任期間　　令和８年10月実施分　から　令和９年３月実施分　まで

令和８年●月●日

委任者			受任者		
所在地	秋田市八橋南一丁目８番３号		所在地	秋田市千秋久保田町６番６号	
医療機関名	（医）保健所健康管理クリニック		法人名	一般社団法人秋田県医師会	
役職名（肩書）	理事長		役職名（肩書）	会長	
氏名	予防　太郎		氏名	小泉　ひろみ	

委任者側の発行責任者および担当者（氏名、連絡先）

・発行責任者	氏名	理事長　予防　太郎	連絡先	０１８－８８８－１２３４
・担当者	氏名	医事課　免疫　花子	連絡先	同上

※確認のため、必要に応じ、秋田市から連絡させていただく場合があります。

（宛先）　秋　田　市　長
秋田市会計管理者