

令和 4 年 月 日

保健所を介さない健康観察等業務委託の契約締結に関する委任状

代理人：一般社団法人大阪府医師会

委任者

①医療機関名	:	
②医療機関コード	:	
③郵便番号	:	
④住所	:	
⑤電話番号	:	
⑥代表者氏名	:	印
⑦メールアドレス	:	
⑧健康観察等開始(予定)日	:	令和 4 年 月 日

当院は、一般社団法人大阪府医師会（取りまとめ機関）に対し、大阪府医師会と大阪府が締結した「集合契約による新型コロナウイルス感染症陽性患者に対する保健所を介さない健康観察等業務委託の実施に関する事務契約書」に規定された、新型コロナウイルス感染症陽性患者に対する健康観察等の委託契約に関する下記の権限を委任いたします。

記

令和 4 年度新型コロナウイルス感染症陽性患者に対する保健所を介さない健康観察等業務委託の実施について、大阪府からの委託契約を締結、変更並びに解約及び解除に関する一切の事項

また、次の事項について、相違ありません。

- 厚生労働省が管理運営する、新型コロナウイルス感染症等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）導入にかかる必要な整備等を講じています。
- 事業実施にあたり、誤認・虚偽等が判明した場合は、返金に応じます。

以上

【振込口座情報】

振込先金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本・支店名	本店 支店
口座番号	普通・当座	(カナ) 口座名義人	()

※振込先口座は委任者本人の口座に限ります。（法人の場合は当該法人の口座に限ります。）