

(届出様式1)

特定保健指導委託契約委任状

私は、集合契約Bの特定保健指導委託契約書に定める契約を希望するので、契約手続きについて下記受任者にその権限を委任いたします。

令和 年 月 日

(受任者) 公益財団法人 神奈川県予防医学協会
代表理事 根 本 克 幸 殿

(委任者)

①健診・保健指導機関番号(10桁)										
②実施機関名										
③郵便番号	〒									
④所在地										
⑤電話番号										
⑥契約代表者(役職・氏名)	印									
⑦記入担当者(部署・氏名)										
⑧記入担当者の電話番号										
⑨記入担当者のEメールアドレス										

※①～④は、支払基金へ届け出る(あるいは届け出ている)内容と差異がないこと。

※⑥は必ず捺印すること。(代表者は、法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること。)

※⑦～⑨は、事務連絡等のご連絡先として必要になります。

※今後の情報はEメールでのご連絡といたしますので、アドレスを必ずご記入ください。

※記載内容に変更があった場合は、ご連絡をお願いいたします。

※この届出に係る個人情報は、この契約手続きの場合に限り利用いたします。