委 任 状

年 月 日

札 幌 市 長 様

委任者

住所

名称

氏名

印

下記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

以下の事項（○印）に関する費用の請求及び受領に関すること。

	肝炎ウイルス検診
	胃がん検診
	大腸がん検診
	子宮がん検診
	乳がん検診
	前立腺がん検査
	胃がんリスク判定
	歯周疾患検診
	予防接種
	乳児精密健康診査
	1歳6か月児精密健康診査
	3歳児精密健康診査
	5歳児精密健康診査
	妊婦一般健康診査
	風しん抗体検査
	結核接触者健康診断
	新生児聴覚検査
	産後ケア事業
	産婦健康診査

受任者

住所

名称

氏名

印