

委任状変更分（風しん抗体検査）

年 月 日

一般社団法人香川県医師会長 殿

※「請求書」の請求者と同じであること。

〒

所在地

法人名

医療機関名

債権者職・氏名

印

香川県が実施する「風しん抗体検査」において、契約を締結するために先に提出した委任状の記載事項に変更がありましたので、以下のとおり変更を届け出ます。

委任者名

	変更前	変更後
所在地	〒	〒
法人名		
施設名		
債権者 （開設者） 職・氏名		
院長名		
電話番号	— —	— —