令和　　年　　月　　日

**委　任　状**

**（治療中患者の診療情報提供）**

　　（委任者）　所属郡市医師会名：　　松江市医師会

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関番号： |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　郵便番号：〒

　　　　　　　　所　在　地：

　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　代表者名：

　　　　　　　　電話番号：

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任致します。

　島根県内の保険者の被保険者及び被扶養者に対する令和７年度特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供の実施について、医療保険者の取りまとめ機関である島根県保険者協議会と委託契約を締結すること。

記

　　（代理人）　住　　所：島根県松江市袖師町１番３１号

　　　　　　　　代表者名：一般社団法人 島根県医師会

　　　　　　　　　　　　　会　長　　森　本　紀　彦

以上