

# 委 任 状

一般社団法人高知県医師会 会長

令和6年度に高知県及び高知市が実施する風しん抗体検査を受託することを承諾し、上記の者を私の代理人と定め下記の行為を委任します。

令和 年 月 日

医療機関所在地 〒

医療機関名

開設者又は管理者

電話番号

## 記

- 1 特定感染症検査等事業（平成14年3月27日健発第0327012号厚生労働省健康局長通知）に基づき令和6年度に高知県及び高知市が実施する風しん抗体検査について、高知県及び高知市（高知県に委任）と締結する委託契約に関する一切のこと。
- 2 風しん抗体検査の委託料については、次の単価で契約を締結すること。

検査法	単価 (税抜き)	単価 (消費税率 10%)
H I 法 (L T I 法を含む)	5, 1 1 0 円	5, 6 2 1 円
E I A 検査 (E L F A 法、 C L E I A 法を含む) (県及び市が事前に実施を 認めた場合)	6, 3 8 0 円	7, 0 1 8 円