様式２

**滋賀県風しん抗体検査事業協力承諾書**

　　年　　月　　日

　滋　賀　県　知　事　　様

　大 　津 　市　 長　　 様

　当院は、下記のとおり滋賀県風しん抗体検査事業への協力について承諾します。

　　住所（法人は主たる事務所の所在地）

　　氏名（法人は名称および代表者の氏名）

【医療機関の概要】

 医療機関名

 所　在　地（〒　　　－　　　　）

 連　絡　先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX

 受 付 窓 口（部署名）

* この検査は事前連絡（予約）が必要と考えていますので、必ず受付窓口、連絡先（ＴＥＬ、ＦＡＸ番号）を御記入ください。

記

1. 「滋賀県風しん抗体検査（委託医療機関）実施要領」に基づき当該事業を実施します。
2. 検査希望者が受診できる医療機関が広く県民に周知されるよう医療機関名等（医療機関名、所在地、連絡先、受付窓口）が公表されることに同意します。