案）

委　　任　　状

 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　公益社団法人群馬県医師会　会長　様

住所

委任者　医療機関名

管理者名　　　　　　　　　　印

私は、令和６年４月１日付けで締結した「医療措置協定の解除に係る覚書」に基

づき、公益社団法人群馬県医師会会長を代理人と定め、下記の一切の権限を委任します。

記

　委任者が令和　年　　月　　日付けで、群馬県知事を相手方として締結した「新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定（医療措置協定）」の解除に係る事務