

平成 年 月 日

委任状【施設型】

(委任者) 特定保健指導実施機関

所在地 _____

機関名称 _____

委任者氏名 _____ 印

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いたします。

平成31年度高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定保健指導にかかる集合契約を締結すること

契約締結を委任する方式に[○]をご記入願います。

委託元保険者代表保険者	施設型受託業務		
	健診当日 初回面接	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	積極的支援
須崎市【施設型】			
地方職員共済組合【施設型】			

注: 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機づけ支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみです。

記

(代理人) 高知県高知市棧橋通六丁目7番43号
公益財団法人 高知県総合保健協会
理事長 岡林 弘毅

平成 年 月 日

委任状【巡回型】

(委任者) 特定保健指導実施機関

所在地 _____

機関名称 _____

委任者氏名 _____ 印

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いたします。

平成31年度高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定保健指導にかかる集合契約を締結すること

契約締結を委任する方式に[○]をご記入願います。

委託元保険者代表保険者	巡回型受託業務		
	健診当日 初回面接	動機づけ支援 (動機づけ支援相当)	積極的支援
須崎市【巡回型】			
地方職員共済組合【巡回型】			

注: 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機づけ支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみです。

記

(代理人) 高知県高知市棧橋通六丁目7番43号
公益財団法人 高知県総合保健協会
理事長 岡林 弘毅