

委任状

(委任者) 住所 : _____

氏名 : _____ 印

私は下記の者を代理人として、特定健康診査情報提供事業に関する集合契約を締結することについての権限を委任致します。

記

(代理人) 住所 : 高知県高知市丸ノ内1-7-45
総合あんしんセンター4階
氏名 : 一般社団法人高知県医師会
会長 野並 誠二

| 医療機関番号(10桁) | | | | | | | | | | 医療機関名称 | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------|---|---|--|-----|--|--|--|--|--------|---------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| 3 | 9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | 高知県 | |
| 電話番号(市外局番から記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| インボイス登録事業所のみ記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録番号 | | | | | | | | | | 登録年月日 | | | | | | | | | | | |
| T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各検査項目実施方法(各検査ごとに該当する実施方法に○を記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HDLコレステロール | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | | HbA1c (NGSP値) | 免疫学的方法 | | | | | | | | | |
| | 紫外吸光光度法 | | | | | | | | | | | HPLC | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | 酵素法 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | その他 | | | | | | | | | | | |
| LDLコレステロール | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | | 空腹時血糖 随時血糖 | 電位差法 | | | | | | | | | |
| | 紫外吸光光度法 | | | | | | | | | | | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | 紫外吸光光度法 | | | | | | | | | |
| | 計算法 | | | | | | | | | | | その他 | | | | | | | | | |
| 中性脂肪 | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | | 尿蛋白 | 試験紙法(機械読み取り) | | | | | | | | | |
| | 紫外吸光光度法 | | | | | | | | | | | 試験紙法(目視法) | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AST (GOT) | 紫外吸光光度法 | | | | | | | | | | 尿糖 | 試験紙法(機械読み取り) | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | 試験紙法(目視法) | | | | | | | | | |
| ALT (GPT) | 紫外吸光光度法 | | | | | | | | | | 血清クレアチニン | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | その他 | | | | | | | | | |
| γ-GTP | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | | 血清尿酸 | 可視吸光光度法 | | | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | その他 | | | | | | | | | |

※検査を外部に委託している場合には、委託先の検査方法を記載。