



健康対策課委託業務に係る再委託承諾願

令和 7 年 4 月 1 日

高知県知事 様

受託者 住所又は所在地 高知市丸ノ内 100-10
氏名又は商号 高知県庁病院
代表者氏名 高知 太郎

下記委託業務の一部について、下記のとおり再委託を行いたいので承諾願います。
なお、本契約の業務に係る再委託先の行為の全てにおいて、当方が責任を負います。

記

- 1 再委託に係る業務の内容、期間及び契約金額
(業務の内容は裏面 (※) から番号をお選びください。)

再委託する業務の内容	2、9、16
再委託の期間	令和7年4月1日～令和8年3月31日
再委託予定金額	〇〇〇 円

2 再委託予定先

住所又は所在地	高知市丸ノ内1
商号又は名称	株式会社 〇〇 ※委託している検査機関の名称を記載してください
代表者職氏名	土佐 次郎

- 3 再委託が必要である理由及び再委託先選定理由
(※個人情報等の取扱いがある場合は、取り扱う個人情報等も含めて記入)

再委託が必要な理由	当院では、血液学検査等を実施しておらず、外部の検査機関に委託しているため。
再委託先の選定理由	・検査対応項目が多く、結果の返しが早い ・他の検査項目も含め、以前から当該検査所と委託契約を結んでいるため。など

【4以下は個人情報等の取扱いがない場合は記載不要】

4 再委託先に求める個人情報等の保護措置に関する事項の内容及び監督方法

個人情報保護措置に関する事項の内容	(具体的に記入※) アクセス制御、個人情報を取り扱う区域の管理 など
再委託先の相手方の監督方法	(具体的に記入※) 再委託先の個人情報取り扱いについて確認済み

※ 別紙として添付しても可
上記4に記載の個人情報等の保護に関する事項を遵守することを誓約します。

再委託先 住所又は所在地
商号又は名称
代表者氏名

＜（※）再委託する業務の内容＞

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 高知県広域化予防接種委託契約 | 9 難病診療連携拠点病院運営業務 |
| 2 風しん抗体検査委託契約 | 10 在宅難病患者一時入院事業 |
| 3 在宅結核患者家族予防措置要綱及び結核患者
管理検診要綱に基づいて実施する健康診断業務 | 11 神経難病医療従事者研修事業委託業務 |
| 4 原子爆弾被爆者健康診断業務委託 | 12 カネミ油症患者検診業務 |
| 5 高知県原爆被爆者がん検診業務委託 | 13 カネミ油症患者骨密度検査業務 |
| 6 高知県原爆被爆者精密検査業務 | 14 アレルギー疾患医療拠点病院運営業務 |
| 7 高知県原爆被爆者二世健康診断業務 | 15 在宅緩和ケア等推進事業委託業務 |
| 8 特定医療費等認定業務 | 16 がん登録推進事業委託業務 |
| | 17 新型コロナワクチン専門相談体制整備
事業委託業務 |