

# 委任状

令和 年 月 日

(宛て先)

地方独立行政法人長崎市立病院機構 理事長

委任者

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

受任者

住 所

商号又は名称

氏 名

印

上記受任者を以下の案件の代理人として、入札の立合いに関する権限を委任いたします。

公告番号	第 号
開札日時	令和6年3月28日(木)10時00分
件名	労働災害総合保険(使用者賠償責任)契約