委　任　状

令和　　年　　月　　日

（あて先）

地方独立行政法人長崎市立病院機構　理事長

住　所

委任者

氏　名　　印

私は　　を代理人と定め、令和　年　月　日

地方独立行政法人長崎市立病院機構において行う下記件名の入札及び見積りに関する一切の権限を委任します。

記

件　名　　病院情報システム運用管理業務委託

受任者は次の印鑑を使用します。

使　用　印　鑑