

# 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 年 月 日 ( ) 時 分
件 名	長崎みなとメディカルセンター入院診療費算定業務従事者労働者派遣業務【単価契約】