

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

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 検査試薬（アークレイ「ADAMS A1c コントロール」自動グリコ
ヘモグロビン測定装置HA- 8190V用 2濃度×各2本 購入予定数量3
他771品）の購入

受任者は次の印鑑を使用します。

使 用 印 鑑

