

(様式3)

委 任 状

年 月 日

地方独立行政法人
加古川市民病院機構理事長 様

委任者 住所又は
所在地

商号又は

代 表 者
氏 名

印

業 務 名 加古川中央市民病院 臨床工学室医療機器保守点検業務

私は、上記業務の入札に関する一切の権限を次の代理人に委任します。

受任者

代理人(氏名) _____ 印