

(様式2)

委 任 状

令和 年 月 日

(あて先)

地方独立行政法人市立大津市民病院

委任者

所在地

商号及び名称

代表者氏名

印

下記の者に 『総合医療情報システム運用管理等業務委託』 に係る入札・契約についての一
切の権限を委任します。

記

受任者

所 在 地

商号及び名称

役 職 名 等

受 任 者 氏 名

印

※当該年度の「大津市の登録業者」でない場合において、入札参加申請は本社が行い、入札及び契約締結は支店・
営業所等が行う場合にのみ、支店長・営業所長等に入札参加申請及び契約締結等に係る一切の権限を委任する
ために提出ください