

【様式1：入札参加申請時】

# 委 任 状

令和3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 脳神経外科気道式ドリル 一式 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