印※

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

(宛て先)

仙台市病院事業管理者

　　　　　　住　所

委任者

　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は　　 を代理人と定め、令和　年 月 　日 　　仙台市立病院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　　核医学診断システム(SPECT/CT)購入

受任者は次の印鑑を使用します。※

使　　用　　印　　鑑

※押印を省略する場合はいかに本件責任者及び担当者の部署名、氏名及び連絡先を記載すること

本件責任者　　部署名（任意）　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　電話

本件担当者　　部署名（任意）　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　電話