

委 任 状

令和 年 月 日

地方独立行政法人
岐阜県立多治見病院 理事長 様

住 所
氏 名 印

※法人の場合は、法人名及び代表者役職
氏名を記入し、法人印及び代表者印を押印
すること。

入札事項 齒科用X線CT撮影装置 1式

私は、(氏名) を代理人と定め、上記入札に関する
一切の権限を委任します。

代理人使用印鑑