

委 任 状

令和      年      月      日

地方独立行政法人大阪市民病院機構  
理事長 様

(委任者)

住 所  
(所在地)

法 人 名  
(名称及び代表者氏名)

実印

次の者を代理人と定め、貴機構における大阪市立総合医療センター入院セット運営事業者募集への応募に付帯する一切の権限を委任します。

記

(受任者)

住 所

氏 名

印