使　用　印　鑑　届

地方独立行政法人大阪市民病院機構理事長様

商号又は氏名

代表者役職
氏名

受任者役職
氏名

下記の印鑑を使用印として届けます

・「代表者の実印」

実　印

※印鑑登録された代表者の印を鮮明に押印してください。

・「本店登録の場合は代表者の印、受任者を設定している場合は受任者の印」

使用印

※会社名など商号のみ、部署名のみの印などは使用不可です。鮮明に押印してください。