

(様式第 2 - 1 号)
代表者→代理人

委 任 状

地方独立行政法人大牟田市立病院医療用医薬品運用業務の契約において、次の者を代理人として下記の権限を委任いたします。

代理人氏名 _____

使用する印鑑 _____

地方独立行政法人大牟田市立病院医療用医薬品運用業務の契約及び価格交渉に関する一切の権限

令和 年 月 日

委任者
住 所
氏 名
印

地方独立行政法人大牟田市立病院
理 事 長 鳥 村 拓 司 殿

(様式第2－2号)
代理人→復代理人

委任状

地方独立行政法人大牟田市立病院医療用医薬品運用業務において、次の者を復代理人として下記の権限を委任いたします。

復代理人氏名 _____

使用する印鑑 _____

地方独立行政法人大牟田市立病院医療用医薬品運用業務の契約及び価格交渉に関する一切の権限

令和 年 月 日

委任者
住 所
氏 名
印

地方独立行政法人大牟田市立病院
理 事 長 鳥 村 拓 司 殿