**使　用　印　鑑　届**

平成　　年　　月　　日

（宛先）高松市病院事業管理者

（届出者）住所

(法人にあっては、所在地)

商号又は名称

役職・氏名

印

　高松市新病院（仮称）院内保育所運営業務委託事業者募集要項に基づく、参加表明書の提出、企画提案書の提出、見積書の提出、契約の締結、代金の請求等に使用する印鑑は次のとおりです。

|  |
| --- |
| **使　用　印　鑑** |
|  |

※　届出者は、代表者（実印を押印）又は委任状で委任した者（受任者：委任状の受任者印を押印）としてください。

※　法人印（社印）は、使用印鑑として登録できません。代表者又は受任者の個人を特定する印鑑（委任状で受任者を設定した場合は、受任者の個人を特定する印鑑）を使用印鑑としてください。