

回	契約監理 課長	課長補佐	工事契約 係長	検収員
覧	課長	課長補佐	係長	調査職員

平成 年 月 日

(宛先)

高松市病院事業管理者

受注者

住 所

(法人にあっては、所在地)

商号又は名称

代表者氏名

印

業 務 委 託 着 手 届

次のとおり業務に着手したのでお届けします。

記

契 約 金 額				百万				千			円
業 務 名											
履 行 場 所	高 松 市 町 地内										
履 行 期 限	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										
契 約 締 結 日	平 成 年 月 日										
業 務 着 手 日	平 成 年 月 日										
管理技術 者等 (注2)	管 理 技 術 者										
	管 理 技 術 者 以 外										
工事監理者 (注2)											
備 考											

注1 金額欄の記入にあたっては頭数字の前に¥の字を記入すること。

注2 高松市工事監理業務委託特記仕様書において配置することとされた管理技術者等及び工事監理者について、その氏名を記載し、その資格を証する書面の写しを添付すること。