

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

完 了 届

次のとおり業務が完了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									
完 了 日	平 成 年 月 日									
備 考										

注 金額欄の記入に当たっては、頭数字の前に¥の字を記入すること。