使 用 印 鑑 届

令和　　　年　　月　　日

福知山市病院事業管理者　阪上　順一　様

住所又は所在地

商号又は名称

代表者の職･氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（実印）

　下記に押印した印鑑を、入札・見積への参加、契約の締結・変更及び解除並びに代金の請求及び受領のために使用します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 使用印鑑 |  | 会社印 |
|  |  |  |  |

* 使用印鑑は、個人が特定できるもの（個人の場合は姓等、法人の場合は職名又は姓等が特定できるもの）を使用して下さい。
* 実印を使用印鑑とする場合でも使用印鑑欄に実印を押印して届けてください。
* 会社印欄は、使用印鑑と組み合わせて使用する会社印（角印等）がある場合のみ押印してください。無い場合は押印不要です。