様式第１２号（第１７条関係）

委　任　状

年　　月　　日

大崎市病院事業管理者　様

所在地

商号又は名称

代表者役職氏名

私は，　　　　　　　　　　を代理人と定め，下記の件における「入札参加資格確認申請」，「随意契約協議」及び「落札決定者確認印の押印」に関する一切の権限を委任します。

記

１　契約番号

２　契約名

３　開札日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ４　代理人使用印鑑 |  |

５　確認番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　確認番号は，随意契約協議時に相手方の確認に使用します。任意の１０桁の番号をご記入ください。確認できない場合は，随意契約協議できませんので，お忘れにならないよう管理願います。