

様式 4－2

委 任 状

年 月 日

水戸赤十字病院
院長 野澤 英雄 様

所 在 地
商号又は名称
代 表 者 名

印

私儀、下記の者を復代理人と定め、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで下記の
権限を委任します。

記

所 在 地
商号又は名称

受任者(復代理人)
職 名
氏 名

印

委任事項

1. 次の入札及び見積りに関すること。
品名等：自動グリコヘモグロビン分析計および全自動糖分析装置の調達

受任者使用印 (復 代 理 人)

以上