

委 任 状（復代理人用）

令和 年 月 日

学校法人 自治医科大学
理事長 大 石 利 雄 様

住 所

商号又は名称

代 理 人 氏 名

印

- 1 件 名 自治医科大学附属さいたま医療センター
尿流量測定装置（フロースカイ）設置に伴う電気工事
- 2 履行(納入)場所 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1－847

私は

住 所
氏 名

印

を復代理人と定め、上記の件名に関する一切の権限を委任します。