

# 担当者届

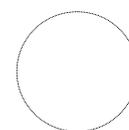
年 月 日

福山市病院事業管理者 様

主たる事務所の所在地

申請者 商号又は名称

代 表 者

(角印等を使用する場合は押印のこと)

実印

私は、次の者を担当者として定め、福山市との間における連絡窓口とします。

件 名 福山市民病院医療費等集金業務

事務所の所在地	〒
商号又は名称	
所属・職名	
名前	印
連絡先電話番号	(勤務先) (緊急連絡先)
F A X	
E メール	

※本入札に係る担当者として1名を選任し、質疑等の窓口を一本化してください。