

年 月 日

使 用 印 鑑 届

鹿児島市病院事業管理者 殿

住 所

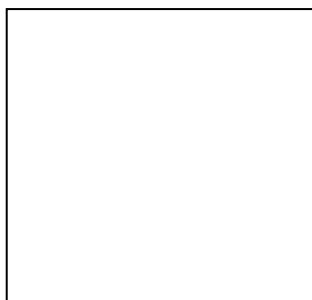
名称・商号

代表者氏名

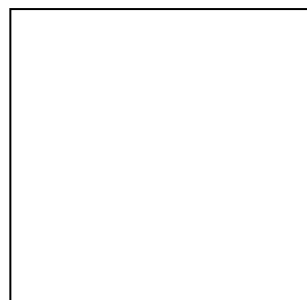
⑨

令和8年度鹿児島市立病院職員向け抗体検査に関する一切の書類には、下記の印鑑（使用印）を使用しますので、お届けいたします。

使 用 印



実 印



(注) 印鑑証明書と同じ印鑑を使用する場合は不要