

年 月 日

使 用 印 鑑 届

鹿児島市立病院長 殿

住 所

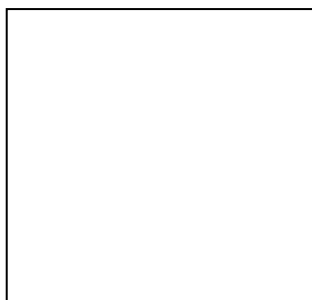
名称・商号

代表者氏名

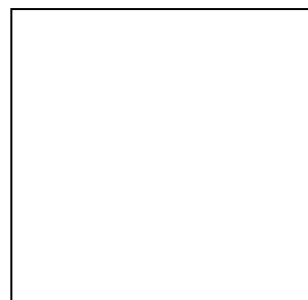
⑨

令和5年度鹿児島市立病院職員向け抗体検査業務委託契約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