

年 月 日

## 使 用 印 鑑 届

鹿児島市立病院長 殿

住 所

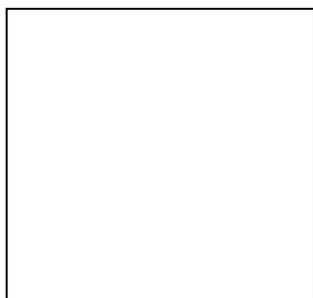
名称・商号

代表者氏名

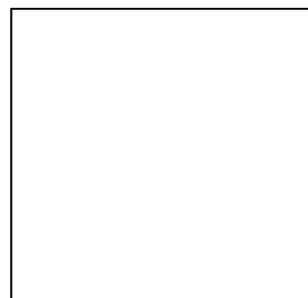
⑨

令和6年度鹿児島市立病院職員T-SPO T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