

# 海南市病院事業物品・役務提供受注資格者登録事項変更届

令和 年 月 日

海南市病院事業管理者 様

〒 -  
フリガナ  
住 所  
フリガナ  
商号・名称  
フリガナ  
代表者職氏名 (印)

海南医療センター物品・役務提供受注資格者登録事項について、下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

なお、この変更届の記載事項は、事実と相違ないことを確約いたします。

記

変更事項 (○を付けてください)	1. 商号又は名称	2. 受任先名称	3. 代表者	4. 受任者
	5. 住所(本店)	6. 住所(受任先)	7. 印鑑(実印)	8. 印鑑(使用印)
	9. 電話・FAX番号	10. 組織変更	11. その他	

変更前	変更後	変更年月日