様式２

使　用　印　鑑　届

令和　年　月　日

（あて先）八尾市病院事業管理者

下記の印鑑は、八尾市立病院ＰＦＩ事業検証業務事業者選考に係る提案に関する、提案応募申請その他各種届け出、提案及び見積等のために使用したいのでお届けいたします。

所 　在 　地

代表者職氏名

　　 実　印　　　　　　　　　　　　　　　使用印