様式５

**使　用　印　鑑　届**

　　　　　使用印

　　阪南市民病院指定管理業務に係るプロポーザル方式業者選定の提出書類及び協定締結等のため、上記の印鑑を使用したいので、届け出ます。

年　　月　　日

　　阪　南　市　長　　様

所 在 地 　 商号又は名称 　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　（実印）