|  |  |
| --- | --- |
|  | 担当課 |
| 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 業務遂行責任者について（通知）　年　　　月　　　日　　　　(あて先)地方独立行政法人福岡市立病院機構　理事長住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日に着手しました下記委託業務について、業務委託契約書第　　条に基づき、下記のとおり業務遂行責任者を通知します。１　契約件名　　　　　　　　　　　　　　　２　業務遂行責任者　　　 |