

院長	部長	課長	係長	係員

完了届

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

印

年 月 日に締結しました下記契約は、履行を完了しましたので検査願います。

1 契約件名

2 履行場所

3 履行期間 年 月 日から
年 月 日まで

4 報告対象期間 年 月 日から
年 月 日まで

委託業務完成検査報告書

検査員 _____ 印

命により、上記委託業務のうち、上記報告対象期間
履行期間 } の業務の完了検査を 年

月 日に実施しましたところ、契約書、仕様書その他関係書類のとおり完了していることを認め報告いたします。