

電子契約に関する届出書

(新規 ・ 変更)

(宛先)

令和 年 月 日

市立ひらかた病院
枚方市病院事業管理者

【申請者】

商号または名称

所在地 〒 —

代表者職氏名

電話番号

貴院の電子契約の利用にあたり、使用印鑑および契約締結権限を有する者を届け出ます。

【請求書の使用印鑑等】

使用印鑑等 ※請求書の請求者が、上記【申請者】と同一の場合は、使用印鑑(代表者印)の押印のみしてください	
---	--

【契約締結権限を有する者】

氏 名	
所属及び役職	
メールアドレス ※類似する英数字(ゼロ、オーなど)にはフリガナ	
上記のメールアドレスに送信された契約書の締結処理(電子署名)が行われた場合は、契約締結権限を有する者による有効な契約であることを認めます。	☐ 認めます ※了承する場合は「✓」

※本情報に変更が生じた場合は速やかに届け出てください。

※この届出書は紙で提出してください(コピー不可)。

市立ひらかた病院 記入欄	登録日	令和 年 月 日
--------------	-----	----------