

天災その他不可抗力による損害費用負担請求書

1 委託業務の名称

2 施 行 箇 所 市 町 郡 村

3 履 行 期 間 着 手 年 月 日
 完 了 年 月 日

年 月 日

により上記の業務に関して

別紙のとおり損害を生じたので、地方独立行政法人静岡県立病院機構業務委託契約
約款第 29 条第 3 項の規定に基づき損害の費用負担を請求します。

年 月 日

発注者 職 名 氏 名 様

住所
受注者 商号又は名称
氏 名（法人にあっては、代表者の氏名）印