様式第12号

契約保証金還付請求書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立小児医療センター病院長 岡　明

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　 ㊞

　契約保証金について、下記のとおり還付請求いたします。

記

１　調達件名称及び履行場所

　　埼玉県立小児医療センター患者給食業務

　　埼玉県さいたま市中央区新都心１番地２

２　公示日　　令和４年４月２６日

３　金額

　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　振込先

　　金融機関名　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店

　口座名義（ｶﾀｶﾅ）

　　当座預金・普通預金

　　口座番号

【連絡先】　（担当者所属）　　　　　　　　　　　（担当者氏名）

　　　　　　（電話番号）　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）