

(様式第 2 号)

平成 30 年 月 日

地方独立行政法人長崎市立病院機構

理事長 兼松 隆之 様

(所在地)

(商号または名称)

(代表者氏名)

㊞

### 法人概要書

この概要書の記載事項について、事実と相違ないことを誓約いたします。

平成 年 月 日現在

|                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| 事業者名                  |                               |
| 代表者 役職・氏名             |                               |
| 本社所在地                 | 住 所 :<br>電話番号 :<br>F A X 番号 : |
| 本院に最も近い事業所<br>所在地     | 住 所 :<br>電話番号 :<br>F A X 番号 : |
| 設立年月日                 |                               |
| 資本金又は<br>資本金に相当する財産の額 |                               |
| 従業員数<br>(常時雇用する従業員の数) |                               |
| 主たる事業分野               |                               |
| 個人情報保護に関する<br>方針又は規程  | 策定年月日 :<br>名 称 :              |