

(様式第4号)

業 務 引 継 報 告 書

年 月 日

福岡県精神保健福祉センター所長 殿

委託業者変更に伴い、 年 月 日締結の福岡県精神障害者保健福祉手帳
及び自立支援医療（精神通院医療）受給者証交付事務業務委託契約 業務仕様書 13 に基
づき、業務の引き継ぎを終えましたので報告します。

現受注者	住 所 名 称 代表者名	印
------	--------------------	---

新受注者	住 所 名 称 代表者名	印
------	--------------------	---