**사 용 인 감 계**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **상 호** |  | **증 명 인 감** |
|  |
| **사 업 자****등 록 번 호** |  |  |
| **주 소** |  | **사 용 인 감** |
|  |
| **전 화 번 호** |  |  |

**귀 병원과 거래시 (입찰,계약,수금) 사용할 인감을 위와 같이 신고 합니다.**

 **2023 년 월 일**

**주 소 :**

**상 호 명 :**

**대표자명 : (인)**

**울산대학교병원장 귀하**