

# 保 管 依 頼 書

年 月 日

鳥取県立中央病院長様

私は、下記買受公売財産について、買受代金納付後、私が引き取るまで、鳥取県立中央病院に保管を依頼します。

なお、私は鳥取県立中央病院での保管中に、下記買受公売財産が破損、紛失などの被害を受けても、鳥取県立中央病院が一切責任を負わないことに同意します。

記

買受公売財産（売却区分番号）

第（ ）号

買受公売財産引取予定日 年 月 日

整理番号

住所（所在地）

氏名（名称）

電話番号