

使　用　印　鑑　届

令和　年　月　日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者 住 所

商号又は名称

代表者職氏名

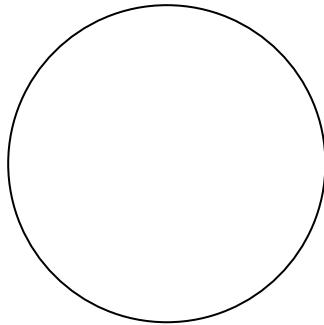
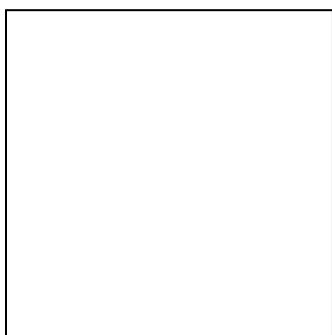
印

下記のとおり、令和　年　月　日から令和　年　月　日までの間において、大分県後期高齢者医療広域連合との取引に関連し、生ずる一切の事項に使用する印鑑としてお届けします。

使用印鑑

社　印

代表者印（使用印）



(記載要領) 届出者欄は、委任者（本社等）の印鑑を押印してください。

使用印鑑欄は、委任状を提出される場合は、受任者が使用する印鑑を押印してください。