

使用印鑑届

平成 年 月 日

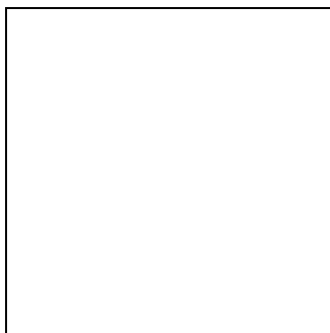
大分県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者 住 所
商号又は名称
代表者職氏名 印

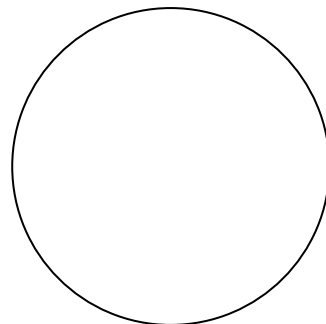
下記のとおり、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの間において、大分県後期高齢者医療広域連合との取引に関連し、生ずる一切の事項に使用する印鑑としてお届けします。

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。