

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

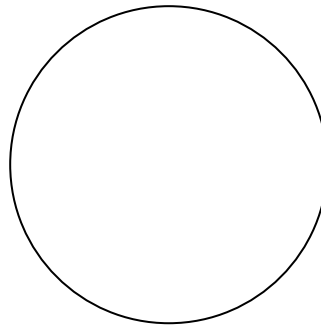
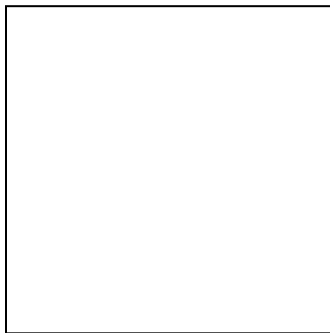
届出者 住 所
商号又は名称
代表者職氏名 印

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。