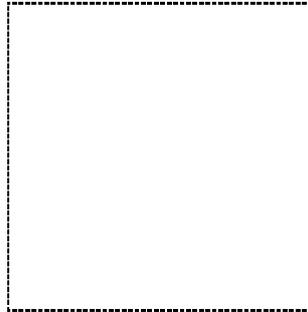


(様式第5号)

使用印鑑届

使用印



上記の印鑑を岩手県後期高齢者医療広域連合との入札(見積)・契約の締結並びに代金の請求及び受領ほか契約処理に関することに使用したいのでお届けします。

令和 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

所在地

商号(名称)

代表者

実印

注 代表者が契約権限を第三者に委任しない場合であって、実印と異なる印鑑を使用印鑑とする場合のみ提出すること。(社印(社判・角印)等、契約権限を有する方を特定することができない印は、使用できません。)