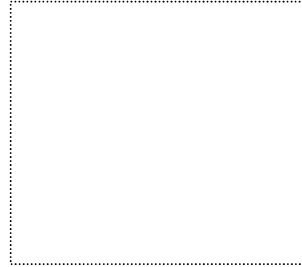


(様式5)

使 用 印 鑑 届



使 用 印

大阪府後期高齢者医療広域連合との間における、見積・入札・契約・請求及び領収その他必要書類に上記の印鑑を使用しますのでお届けいたします。

令和 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

所 在 地

商号又は名称

代表者氏名

印

実 印

(※代表者氏名欄の印は実印のこと)

※委任状を添付の場合記入

受任者

所 在 地

商号又は名称

代表者氏名

印

※申請者欄の代表者氏名の印は、印鑑証明された印（実印）のこと。

※社印は、使用印としないこと。

※使用印鑑届は2枚とも提出のこと。