委　　任　　状

平成　　年　　月　　日

鳥取県後期高齢者医療広域連合長　様

委任者　所　　在　　地

商号又は名称

氏　　名　　実印

私は下記の者を代理人と定め、平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日までの間における下記の権限を委任いたします。

記

１　入札、又は見積に関する一切の件

２

３

４

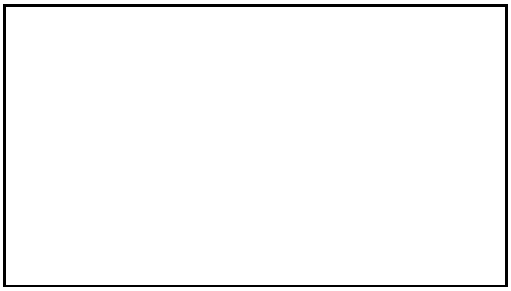
以上

受任者　住　　所

役職氏名

受任者使用印鑑	

使　用　印　鑑　届



上記の印鑑を、本社における入札の参加、見積りの提出、契約の締結並びに、代金の請求及び受領のために使用したいのでお届けします。

平成　　年　　月　　日

住　　所

商号又は名称

氏　　名　　実印