

# 使用印鑑届

令和 年 月 日

(宛先) 秋田県後期高齢者医療広域連合長

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

下記の印鑑は、入札見積に参加し、契約の締結のため使用したいのでお届けいたします。

使用印鑑

