

様式 7

委 任 状

令和     年     月     日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

住            所

社印

商号又は名称

代表者職氏名

印

私は下記の者を代理人と定め、下記の入札に関する一切の権限を委任いたします。

記

代 理 人 氏 名

印

入 札 件 名

診療報酬明細書二次点検委託（医科・歯科・調剤）