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　＿高額介護合算療養費標準システム入力事務＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿