（様式第４号）

委 任 状

令和　　年　　月　　日

熊本県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

代表者職・氏名 実印

熊本県後期高齢者医療広域連合財務会計システム再構築業務に関し、次の者を代理人と定め、下記のとおり権限を委任します。

代理人　事業所所在地

商号又は名称

職・氏名 印

記

（委任事項）

１　プロポーザル参加申請その他各種届け出について

２　見積又は入札について

３　契約の締結について

４　契約代金の請求及び受領について

５　契約に関する各種証明事項について

＊委任しない事項については削除すること。