

(様式第 3 号の 1)

使用印鑑届

年 月 日

社会福祉法人
大阪府障害者福祉事業団 理事長 様
(担当法人)

<申請者>
住 所
商号又は名称
代表者名

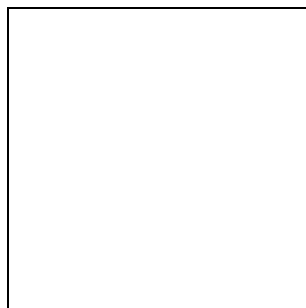
印

下記印鑑を、下記入札に関する契約締結を除く一切の件について使用します。

記

1 件名 職員定期健康診断等業務

2 印鑑



※使用する印鑑を枠内に押印すること。

※代理人を選任する場合は、本届の提出は不要です。
「委任状兼使用印鑑届」で届け出てください。

(様式第3号の1)

留 意 点 等

使用印鑑届

年 月 日

※提出日付を記載してください。

社会福祉法人
大阪府障害者福祉事業団 理事長 様
(担当法人)

※「申請者」とは、代表権を有する方を示します。

<申請者>

住 所
商号又は名
代表者名

※「申請者」の印は、「印鑑証明書」記載の印
鑑を押印してください。

印

下記印鑑を、下記入札に関する契約締結を除く一切の件について使用します。

記

1 件名 [件名] ※入札公告で示す「工事名称」、又は「案件名称」を記載してください。

2 印鑑

※本件入札に係る申請書類等に使用する印鑑を押印
してください。

※使用する印鑑を枠内に押印すること。