（様式５）

**共同事業体　権限委任状**

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　共同事業体の名称

代表構成員　　所在地

　　事業所名

　　代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　 印

構 成 員　　所在地

　　事業所名

　　　　　　　　　 代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　 印

構 成 員　　所在地

　　事業所名

　　　　　　　　　 代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　 印

私は、「令和４年度 奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る契約に関し、以下「共同事業体の代表者」を代理人と定め、当共同事業体が存続する間、次の権限を委任いたします。

　　　受任者

所　 在　 地

共同事業体の代表者　　 名　　　　　 称

代表者職氏名

権限を委任する事項

1. 見積、企画の提案、契約の締結に関すること
2. 保証金又は保証物の納付並びに還付請求及び領収について
3. 委託代金の請求及び受領について

受任者印