

<様式1>

令和4年度 西区認知症あんしん検診業務受託者選定プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市長

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

標記業務のプロポーザルに応募したいので、「実施要領」の内容を承諾し、参加資格を満たしていることを誓約した上で、参加表明書を提出します。

記

件名	令和4年度 西区認知症あんしん検診業務
担当者名	
連絡先電話番号	
FAX番号	
E-mail	

(押印は不要です)