令和　４年　　月　　日

石川県健康福祉部長寿社会課　行

 「令和４年度地域包括ケア推進のための伴走型保険者支援事業」

業務委託プロポーザル審査参加申込書

標記審査に、次のとおり参加します。

なお、参加資格の要件を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

①事業者名：

②代表者名：

③所在地：〒　　　　－

④担当者名：

⑤電話番号：

⑥ＦＡＸ番号：

⑦メールアドレス：

＜審査会 出席予定者＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属 | 役　職 | 氏　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |