（様式１）

「石川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療・介護・障害分）」

業務委託プロポーザル審査参加申込書

　　年　　月　　日

石川県健康福祉部厚生政策課　行

標記審査に、次のとおり参加します。

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：

＜審査会に参加する出席者＞

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

※審査会の出席者は2名以内とすること。