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）