

令和 年 月 日

奈良県知事 山下 真 様

所在地

事業者名

代表者 職・氏名

参加申込書

次の件の公募型プロポーザルへの参加を希望するので申し込みます。

なお、奈良県介護予防・日常生活支援普及展開事業（県の自立支援・介護予防等の取組と効果等の分析）業務委託の受託事業者募集に係る参加資格要件をすべて満たしていることを誓約します。

件名：奈良県介護予防・日常生活支援普及展開事業（県の自立支援・介護予防等の取組と効果等の分析）業務委託

1 参加意向申出者

事業所名	
代表者名	
所在地	〒

2 書類送付等連絡先

担当者所属	
担当者氏名	フリガナ
住所	〒
電話・FAX番号	電話 FAX
メールアドレス	