

【様式3】

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

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) 業務委託企画提案書

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)業務委託について、企画提案書を提出します。

なお、「参加資格要件」をすべて満たしていることを誓約します。

【担当者連絡先】

所 属 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

メールアドレス _____

注) 規格は、A4又はA3サイズとすること。