様式１

平成　　年　　月　　日

（提出先）

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書

下記のとおり、企画提案への参加の意思を表明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業名 | | 鳥取県後期高齢者医療広域連合  ホームページリニューアル事業 |
| |  | | --- | | 参加資格  （実施要領「第２-１参加資格」を満たしているか。 | | | 満たしている　　※○で囲んでください |
| 連絡先 | 担当者所属・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |