

様式第1号

プロポーザル参加希望書

「特定保健指導業務委託」に係るプロポーザル方式の実施について、参加を希望するため、以下のとおり提出します。

件名			
事業者名			
所在地			
担当部署		担当者名	
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			