様式第１号

参　加　表　明　書

業務名等

後期高齢者医療適正服薬相談業務

上記業務の企画競争への参加を表明します。

年　月　日

秋田県後期高齢者医療広域連合長　　　殿

（提出者）住　　所

　　　　　電話番号

　　　　　会 社 名

　　　　　代 表 者 印

（担当者）担当部署

　　　　　氏　　名

　　　　　電話番号

　　　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　　　E-mail