様式第１号

参　加　表　明　書

業務名等

令和４年度　高血圧性疾患重症化予防業務

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

　会 社 名

　代 表 者 印

電話番号

（担当者）担当部署

　氏　　名

　電話番号

Ｆ Ａ Ｘ

　E-mail