様式第１号

参　加　表　明　書

業務名等

令和６年度低受診率市町村後期高齢者健康診査受診勧奨通知作成等業務委託

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