（様式２）

**参　　加　　申　　込　　書**

令和　　　年（　　　　年）　　　月　　　日

熊本県　様

提出者

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

業務の名称　熊本県水俣病総合対策医療事業等に係る給付関連業務委託

標記業務に係る公募型プロポーザルについて、参加を申し込むとともに、関係書類を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |