（様式１）

参加申込書

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　荒井 正吾　殿

事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

奈良県保健所医療費助成等事務処理業務委託に係る公募に参加することを表明します。
また、本業務に係る公募期間中の連絡窓口を下記のとおりとしますので報告します。

記

①事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

③電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④ＦＡＸ番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤E-mail アドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿