令和　　年　　月　　日

参加申込書

奈良県知事　山下　真　様

住　　所

事業者名

代表者職氏名

　奈良県在宅歯科医療連携室運営事業委託業務公募型プロポーザル実施要領に基づき、参加申込書を提出します。

　なお、同実施要領「４　参加資格等」をすべて満たしていることを誓約します。

（担当者連絡先）

　所　属 ：

 　役職名 ：

 　氏　名 ：

 　電話番号 ：

 　ＦＡＸ番号 ：

 　メールアドレス：