第２号様式（第５関係）

令和　　年　　月　　日

　青森県健康医療福祉部高齢福祉保険課長　殿

　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　氏名又は商号

　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

参　加　表　明　書

　認知症普及啓発及びシニアボウリングゲーム大会運営業務に係る企画提案公募への参加を希望します。

　なお、認知症普及啓発及びシニアボウリングゲーム大会運営業務に係る企画提案公募実施要領の第３に規定する参加資格要件を満たしていることを申し出ます。

（添付書類）

　提案者概要

○本件に係る連絡先（担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |

　（留意事項）

　　Ａ４版とすること。