（様式１）

令和６年度福島県医療データ分析等市町村国保支援事業

　参加申込書

令和　　年　　月　　日

福島県知事　　様

住所

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

標記業務に係る企画提案に参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

なお、令和６年度福島県医療データ分析等市町村国保支援事業　企画提案公募要領５の応募資格の要件を満たしていることを誓約します。

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

（関係書類）

１　定款、規約等の写し