

(様式1)

年 月 日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

参 加 意 向 申 出 書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

第1希望区 : _____区

実施する医療機関が法人の商号又は名称及び住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください

医療機関名	
医療機関の住所	

連絡担当者

所属

氏名

住所

電話

F A X

E-mail