様式第１号

参　加　表　明　書

委託名等

令和７年度後期高齢者医療適正服薬相談勧奨通知作成等業務委託

上記委託の企画競争への参加を表明します。

年　月　日

秋田県後期高齢者医療広域連合長　　　殿

（提出者）住　　　　所

　　　電話番号

　　　会社名

　　　代表者職氏名 印

（担当者）担当部署

　　　氏　　　　名

　　　電話番号

　　　Ｆ Ａ Ｘ

　　　E-mail