

令和 年 月 日

北九州市保健福祉局認知症支援・介護予防課長 様

住 所
商号又は名称
代 表 者 氏 名
担当者所属役職氏名
連絡先 メールアドレス
TEL
FAX

参加意思確認書

令和8年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における地域支援業務を受託したいので書類を添えて申請します。

なお、この参加意思確認書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ありません。

1 会社概要

(会社名、事業内容等を記載する。)

2 添付書類

(公示書に記載されている、応募要件を満たすことを確認できる書類を具体的に明示する。)