（様式１）

参　加　表　明　書

　　　年　　月　　日

青森県健康福祉部健康福祉政策課長　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

代表

「医療・福祉施設食材料費高騰対策支援事業業務」の内容を了承し、企画提案競技に参加します。

なお、提出書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

【本件に関する連絡先】

所属部署：

担当者名：

メールアドレス：

電話番号：

ＦＡＸ番号：