第　　　　　　　　　号

令和　 年　 月 　日

　　青森県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　（申請者） 住　所

 　法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　印

令和２年度あおもりノーリフティングケア推進事業モデル施設への応募申請書

このことについて、別添のとおり計画書を添えて応募します。