（様式第１号）

令和７年　　月　　日

　山口県健康福祉部医務保険課　佐藤　行き

（E-mail: a15100@pref.yamaguchi.lg.jp、FAX:083-933-2939）

参加表明書

「生活習慣病対策強化研修業務」 公募型プロポーザルへの参加を下記のとおり表明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

※令和７年６月９日（月）午後５時（必着）

※電子メール又はＦＡＸによる提出の場合は、必ず電話で受信の確認をしてください。

（様式第1号別添資料）

会　社　概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所 在 地 | 〒　　　-　　　　 |
| 設立年月日 |  |
| 資本金等 |  |
| 従業員数 | 　　　　　　名 |
| 業務内容 |  |
| 類似事業等の実施に関する近年の主な実績 |
| 事業の名称 | 発注者 | 年度 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 個人情報管理への対応・体制 |
|  |
| その他 ＰＲ事項など |
|  |

※　必要に応じて、参考資料を添付してください。

※　様式は適宜変更して差し支えありませんが、記載内容は上記に準じたものとしてくだ

さい。

（様式第２号）

　令和７年６月　　日

　山口県健康福祉部医務保険課　佐藤　行き

（E-mail: a15100@pref.yamaguchi.lg.jp、FAX:083-933-2939）

質　問　書

「生活習慣病対策強化研修業務」 公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

※令和７年６月９日（月）午後５時（必着）

※電子メール又はＦＡＸによる提出の場合は、必ず電話で受信の確認をしてください。

〔担当者連絡先〕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ－mail：