（様式第2号）

　　年　　月　　日

認知症初期集中支援チーム業務委託法人

公募提案　参加意向表明書

豊　中　市　長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名・名前　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

標記にかかる公募提案に参加します。

１．法人内のご担当部署（連絡先）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当部署名 | |  | | |
| 担当者 | 職名 |  | | |
| 名前 |  | | |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |