（様式１）

　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

　　　　　　　参　加　意　向　申　出　書

　次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

　第１希望区　　：　　　　　区

実施する医療機関が法人の商号又は名称及び住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関の住所 |  |

連絡担当者

所属

氏名

住所

電話

ＦＡＸ

E－mail