【別記様式２】

令和　　年　　月　　日

参加表明書　兼　確認書

歯周疾患検診未受診者受診勧奨及び効果検証業務委託公募型プロポーザルに参加したいので、次のとおり申込みます。

なお、本書に記載の内容は事実に相違なく、歯周疾患検診未受診者受診勧奨及び効果検証業務委託公募型プロポーザル実施要領に定める参加資格を満たしていることを誓約します。

栃木県知事　　福田　富一　様

所 在 地：

法 人 名：

代表者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　競争入札参加資格等（平成８年栃木県告示第105号）

に係る登録番号：

［ 連　絡　先 ］

担当者所属：

担当者氏名：

電話番号：

FAX番号：

E-mail：