第1号様式

令和　　年　　月　　日

（宛先）東大阪市長

所在地

団体(法人)名

職名及び氏名

提 案 意 思 確 認 書

東大阪市が実施する「東大阪市介護保険業務委託事業」プロポーザルについて、参加します。

担当者

所 属

氏 名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

レス