

様式第1号

岩手県後期高齢者医療広域連合ジェネリック医薬品利用差額通知等業務
委託に係る公募型プロポーザル参加申込書

平成 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 谷 藤 裕 明 様

岩手県後期高齢者医療広域連合ジェネリック医薬品利用差額通知等業務委託に係る公
募型プロポーザル参加要領第3に定める資格要件全てを満たしていることを宣誓し、本
業務に係るプロポーザル参加について、下記のとおり申し込みます。

記

会社名	
所在地	〒
代表者役職・氏名	印
部署名	
担当者氏名	
連絡先住所	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

添付書類

1. 岩手県後期高齢者医療広域連合ジェネリック医薬品利用差額通知等業務委託に係るプロ
ポーザル参加資格確認資料（様式第2号）