（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　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　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

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、以下を記入してください

医療機関名　　：

　医療機関の住所：

所在区以外も希望する場合は、記入してください

　第１希望区　：　　　　　区　（所在区が公募対象区ではない場合は、記入してください）

　第２希望区　：　　　　　区

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail