

(様式2)

メディアミックス型健康情報発信事業
委託業者選定企画提案プロポーザル参加申込書

みだしのことについて、参加申込いたします。

令和 年 月 日

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団

理事長 田名 毅 殿

提出者

住 所

会 社 名

代表者職氏名

印

担当者

所属・職・氏名

電話番号

FAX

E-mail