（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