

様式第 1 号

平成 3 1 年 ( 2 0 1 9 年) 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 田上 富久 様

住所  
商号又は名称  
代表者の職名及び氏名 印

参 加 申 込 書

平成 31 年度 (2019 年度) 長崎県後期高齢者医療広域連合財務会計システム更新に係る製品選定プロポーザル方式に参加したいので、届出します。

会社名		
住 所		
代表者役職・氏名		
担 当 部 署	部署名	
	担当者氏名	
	連絡先住所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-MAIL	