　年　　月　　日

別紙様式

福岡県知事　殿

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

所　在　地

令和６年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援業務に関する

企画提案プロポーザルへの応募について

このことについて、企画提案プロポーザルに応募しますので、別添のとおり企画提案書を提出します。

|  |
| --- |
| 担当部署・担当者名  〒  Tel  Email |

　　　　　　　　　【問合せ先】