

(様式第1号)

令和 年 月 日

参 加 意 思 確 認 書

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

提出者 〒  
所在  
法人名  
代表者役職氏名  
担当者所属役職氏名  
連絡先 TEL  
FAX

令和6年度病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業委託に関し、公示5の応募要件を満たしており、企画提案に参加したいので参加意思確認書を提出します。

記

- (1) 医療従事者、医療機関等の加入の状況
  
- (2) 過去の認知症理解に関する普及啓発活動の状況
  
- (3) 過去2年間の県との契約の状況
  
- (4) 地方自治法施行令第167条の4の該当の有無

サイズ：A4縦

記載しきれない場合は、別紙添付も可、ただし、添付する別紙もA4縦の用紙に限る。