

(様式1)

## 令和4年度秋田市通所型介護予防事業受託事業者申込書

令和 年 月 日

(宛先) 秋田市長

令和4年度秋田市通所型介護予防事業受託事業者について申し込みます。

なお、申し込みを行うにあたり、応募要件に合致することおよび提出した資料の内容について事実と相違ないことを誓約します。

所在地

法人名

代表者名

本件責任者	氏名	
	部署	
担当者	氏名	
	部署	
	電話	
	F A X	
	Eメール	