【様式２号】

「第9期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画

の策定に係る業務」　委託事業者公募　参加表明書

令和５年３月　日

神戸市 福祉局　介護保険課　御中

企業・団体名

住　　　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【担　当　者】

担当者所属

担当者氏名

E-Mail

電話番号

令和５年３月６日付で募集のありました【第9期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画の策定に係る業務】の参加表明書を提出します。

|  |
| --- |
| **（参加表明書提出期限）　令和５年３月27日（月）17時必着**（提出先）メールアドレス：　kobekaigohokenka2@office.city.kobe.lg.jp |