2024年　月　日

**国有地を活用した介護保険施設の運営を引継ぐ事業者募集　参加申込書**

2024年度　国有地を活用した介護保険施設の運営を引継ぐ事業者募集に申し込みます。

応募資格に合致していることを誓約いたします。

法人名：

代表者：

所在地：

担当者氏名：

連絡先：（℡）

（e-mail）