（別添１）

令和　　年　　月　　日

参加意思表明書

神奈川県知事　殿

所在地

団体名（商号）

競争入札参加資格者認定番号

代表者

役職名

氏　名

　神奈川県小児慢性特定疾病医療給付支援システムの構築に関する情報提供依頼に対する参加意思表明書を提出します。

　なお、配布資料は、当該情報提供依頼の目的以外には使用せず、使用後は適切に廃棄することを誓約します。

連 絡 先

(所属名)

(役職名)

(担当者名)

(電　 　話)

(電 子 メール）

※送信先電子メールアカウントは１つに限定させていただきますので、複数アカウントへの同時送信を希望される場合は、メーリングリストのアカウントを御記入ください。

以　上