

【様式 4 - 2】

令和 年 月 日

秋田県知事 あて

住所
商号又は名称
代表者職氏名 印

秋田県認知症施策推進計画策定事業業務委託に関する共同提案者について

共同提案者	住所 商号又は名称 代表者職氏名 印
	住所 商号又は名称 代表者職氏名 印
	住所 商号又は名称 代表者職氏名 印

※ 複数の者で共同提案する場合は、【様式 4】参加資格確認申請受付票に本様式を添付してください。

※ 共同提案者の欄は、必要に応じて加除してください。