

平成27年度奈良県がん患者に対する口腔ケア対策支援事業
実施（受託）希望届

平成 年 月 日

奈良県知事 荒井 正吾 様

住 所
法人名等
代表者氏名

印

奈良県がん患者に対する口腔ケア対策支援事業の実施（受託）を希望しますので届け出
ます。

なお、応募資格のすべてを満たしていることを誓約します。

（担当者連絡先）

所 属 : _____
役職名 : _____
氏 名 : _____
電話番号 : _____
F A X 番 号 : _____
メールアドレス : _____