

## 実施(受託)希望者概要書

平成 年 月 日

奈良県知事 荒井正吾 様

所在地

法人名

代表者名

印

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に係る実施(受託)希望者の概要は次のとおりです。

名称等	所在地				
	法人名				
	代表者名				
	連絡責任者職氏名				
	TEL				
	FAX				
	E-Mail				
設立年月	S・H	年	月	資本金	万円 従業員 人
主たる業務					
本業務の受注体制	■委託業務実施に予定する作業人員				
	実人員	人	延べ人員	人日	
備考					