

別紙

令和 年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

(届出者) 住 所
名 称
代表者

印

参 加 意 思 確 認 書

次の業務の受託を希望しますので、下記のとおり届出します。
なお、当該業務について、応募資格を満たすものであることを誓約します。

記

- 業務名
かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化及び調査・検討事業