（様式１）

令和　　年　　月　　日

鹿児島県介護特定技能外国人マッチング支援等事業

業務委託プロポーザル参加申込書

鹿児島県知事　塩田　康一　殿

所在地

名称

代表者職・氏名

事業担当者氏名

電話番号

FAX

E-mail

「鹿児島県介護特定技能外国人マッチング支援等事業」実施要領の内容を了承し，プロポーザルに参加いたします。

　また，当該要領の参加資格要件を満たす者であることを誓約します。

記

業務名：鹿児島県介護特定技能外国人マッチング支援等事業業務委託