様式２

令和６年度佐賀県臨床研修プログラム特別コース企画調整業務

公募型プロポーザル参加資格確認申請書

年　月　日

収支等命令者　様

（佐賀県健康福祉部医務課医療人材政策室長）

所 在 地：

法 人 名：

（ふりがな）

代表者氏名：

代表者の生年月日：　　年　　月　　日

　標記業務に係るプロポーザルに参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の４の規定のいずれにも該当しない者であること、参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容について事実と相違ないことを誓約いたします。また、必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本業務実施に係る責任者 | 責任者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

（留意事項）

１　連絡担当者の欄の職・氏名、電話番号、メールアドレスは必ず記載してください。

２　収集した個人情報は、企画提案の参加要件の確認のみに利用し、この目的以外に利用することはありません。

　 なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めています。（<http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacy/privacypolicy.html>）