

(別紙様式)

令和8年度佐賀県受動喫煙に関するコールセンター及び  
普及啓発・改善依頼等業務に係る事前説明会参加申込書

令和 年 月 日

佐賀県健康福祉政策課長 宛

所在地 \_\_\_\_\_

商号又は名称 \_\_\_\_\_

ふりがな  
代表者職および氏名 \_\_\_\_\_

令和8年度佐賀県受動喫煙に関するコールセンター及び普及啓発・改善依頼等業務に係る事前説明会に参加いたします。

記

担当者名	
電話番号	
E-mail アドレス	
参加方法	現地での参加 or オンラインでの参加
参加人数	名

※ 参加人数は各社2名までとします。

※ 提出された個人情報は、本事業に関する事務にのみ使用し、その他の目的に利用しません。