【様式１－５】

受　　付　　票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担　当 | |  |
| 番号 | 書　　　類　　　名 | | |  |  |
| チェック欄 | |
| １ | プロポーザル参加資格確認申請書【様式１-２】 | | |  | |
| ２ | 会社概要等調書【様式１-３又はパンフレット、財務諸表等】 | | |  | |
| ３ | 業務実績【様式１-４】 | | |  | |
| ４ | 受付票【様式１-５】（本書） | | |  | |
| ５ | プロポーザル参加資格確認結果の通知用封筒一式 | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 |  |
| 商号又は名称 |  | | | |
| 届出者  所属  職  氏名 |  | | 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

「受付票」「受領票」は、太枠内のみ記入してください。

－－－－－－－－－－－－－－－－－切り取り線－－－－－－－－－－－－－－

**受　　領　　票**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 |  |
| 商号又は名称 |  |

「令和７年度医療費適正化市町村支援業務」に係るプロポーザル参加資格確認申請書等関係書類を受領しました。

岩手県保健福祉部健康国保課

取扱担当者　　　　　　　　　　　　印