（様式６）

平健保第　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　様

平生町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　公　印　省　略　）

**参加資格確認通知書**

　　　　　年　　月　　日に平生町高齢者福祉計画（老人福祉計画・第10期介護保険事業計画）策定支援業務に係るプロポーザルに参加申請をされたことについて、審査を行った結果、**参加資格がある**ことを確認いたしましたので、通知いたします。

　なお、実施要領に従い、下記期限までに企画提案書をご提出ください。

記

１．企画提案書提出期限

　　　令和７年１１月１０日（月）午後５時１５分まで

　　　（期間中に持参する場合は土、日、祝日を除く午前９時から午後５時１５分まで）

２．提出方法

　平生町役場　健康保険課　介護保険班へ持参または送付すること。

提出先：

山口県平生町大字平生町210番地の1

平生町役場　健康保険課

介護保険班　担当：岡村

TEL：0820－56－7115