（ 様式３ ）

年　　月　　日

　熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

住所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

提 案 書

下記の業務について、別添のとおり提案書を提出します。

記

業務名　　熊本県後期高齢者医療広域連合財務会計システム再構築業務

　（添付資料）

　・企画提案書

　・様式４　経費総括表