（ 様式１ ）

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 出 意 思 確 認 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　提出します。

下記の業務について、提案書を

　　　　　　　　　　　　　　　　　提出しません。

　※提案書を提出する場合

　　　　　　　　　　　　　　　　　希望します。

　プレゼンテーションの実施を

　　　　　　　　　　　　　　　　　希望しません。

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