（様式２）

　　年　　月　　日

高知県知事　様

所在地

企業名　　　　　　 　　　　代表者役職・氏名

同　意　書

支援制度の利用を目的として提供した企業情報について、高知県ヘルスケアビジネス支援事業委託業務受託者及び県が委嘱する委員並びにコーディネータに提供することに同意します。

＜連絡先＞

担当者名

電話番号

Fax

E-mail