（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」の受託者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