様式第１号

参　加　表　明　書

令和　　年　　月　　日

　袋井市長　大場規之　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　 　　　　　　　　 印

　第５次袋井市地域福祉推進計画策定業務に係る公募型プロポーザル実施にあたり、このとおり参加を表明します。

　なお、第５次袋井市地域福祉推進計画策定業務公募型プロポーザル実施要領の「６参加資格」を満たす者であること並びに本書及び以後に提出する関係書類全ての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

|  |
| --- |
| 【担当者連絡先】１　所属　２　氏名　３　電話番号　４　ＦＡＸ番号　５　メールアドレス　 |