年　　月　　日

　川棚町長　　　　　　　　様

（提　出　者）

住所

名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

参　加　申　込　書

　下記業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領に基づく選定について、参加を申し込みます。なお、本手続きにおいて知り得た秘密については、貴町の承諾なく公表又は使用しないことを誓約いたします。

記

１　業務の名称

　　第９期川棚町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定業務委託

２　添付書類

　　　会社概要書（様式２号）

　　　会社概要パンフレット

　　　法人の印鑑登録証明書の写し

　　　法人の登記事項証明書の写し

３　担当者連絡先

　　　住所：

　　　所属部署：

　　　役職名：

　　　氏名（ふりがな）：

　　　電話番号：

　　　ＦＡＸ番号：

　　　メールアドレス：