様式第１号

参　加　申　込　書

令和　　　年　　　月　　　日

山ノ内町長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人にあっては住所、氏名）

　下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、資格要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

１　対象業務名　　　山ノ内町高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画策定支援業務

２　公告日

　　　　令和５年５月　日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　 氏 名

電話番号

ﾌｧｯｸｽ番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ