（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

　桜川市長　大塚　秀喜　様

参 加 表 明 書

第１０期桜川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザルに参加します。

また、実施要領に掲げる参加資格要件を全て満たしていることを誓約します。

（参加表明者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |

（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 |  |
| メールアドレス |  |