

様式 1

令和 年 月 日

常 滑 市 長 様

住所
商号又は名称
代表者 印

プロポーザル参加表明書

下記の業務について、常滑市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定支援業務委託プロポーザル実施要領中4（1）の提案資格を有することを確認し、公募型プロポーザルへの参加を表明します。

記

業務名：常滑市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定支援業務委託

連絡先
所 属
担当者
電 話
メー ル