

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 10 期介護保険事業計画等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 10 期介護保険事業計画等策定支援業務委託

連絡先

所 属

担当者

電 話

メー ル