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