

様式1

令和 年 月 日

常 滑 市 長 様

住所
商号又は名称
代表者

プロポーザル参加表明書

下記の業務について、第8期常滑市障がい福祉計画等策定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：第8期常滑市障がい福祉計画等策定業務委託

<連絡先>

所 属
担当者
電 話
F A X
メー ル