様式１

**プロポーザル参加表明書**

令和　年　月　日

　常 滑 市 長 　殿

所　在　地

商号又は名称

代　表　者 　㊞

下記業務について、必要書類を添え、公募型プロポーザルへの参加を表明します。

なお、「地方独立行政法人知多半島総合医療機構会計監査人の選定に係る公募型プロポーザル実施要領」を理解し、同要領に定められた「４　提案資格」を全て満たしていることならびに提出書類の記載事項及び添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

記

**【業務名】**

地方独立行政法人知多半島総合医療機構会計監査業務委託

**【添付資料】**

（１）参加者概要書（様式２）

（２）業務実績書（任意様式）

（３）会社概要（任意様式）

**（担当者連絡先）**担当部署

職・氏名

電話番号（会社）

電話番号（携帯）

電子メール