様式１

**プロポーザル参加表明書**

業務名：「第１０期島本町保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務」

　標記の業務について、プロポーザルへの参加を表明します。

　　　　　年　　月　　日

（あて先）島本町長　様

　　　　　　　　（提出者）　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| 担当者の連絡先（所属部署）（職名・氏名）（ＴＥＬ）（ＦＡＸ）（メール） |