様式第２号

参　加　表　明　書

業務名：尾道市高齢者福祉計画及び第１０期介護保険事業計画策定支援業務

年　　月　　日

　尾　道　市　長　様

所在地：

法人名：

代表者　職・氏名：

　上記業務の公募型プロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて参加表明書を提出します。

　なお、本プロポーザルの参加資格要件を全て満たしていることを誓約します。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |