（第１号様式）

参加申込書

令和　　年　　月　　日

愛川町長　小野澤　豊　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
|  | 商号又は名称 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |

第１０期愛川町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定業務に係るプロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、第１０期愛川町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定業務委託公募型プロポーザル実施要領の「２．本プロポーザルの参加資格」に該当していることを誓約します。

**１　事業者の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |

**２　連絡先等**

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |