（第４号様式）

令和　　年　　月　　日

　○○○○○　殿

愛 川 町 長　小野澤　豊

参加資格結果 通知書

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の実施にあたり、令和◯年○月○日に提出された参加申込書等を審査したところ、次の結果となりましたので通知いたします。

　なお、参加者として認められた者は、「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」で定める期日までに提案書等を提出してください。

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の実施の参加者として

□認める　　　　　　　□認めない

事務担当は民生部高齢介護課介護保険班

電話　046-285-6938（直通）

電子メール　kourei-kaigo@town.aikawa.kanagawa.jp