令和　　年　　月　　日

葛󠄀城市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　（提出者）

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　企業名：

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

参　加　申　込　書

　当社は、葛󠄀城市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定等業務委託の内容を理解した上で、本プロポーザルに参加します。

　なお、当社は本プロポーザルへの参加資格を有しますので、下記の書類を添付するとともに、これらの書類に記載した内容が事実と相違ないことを誓約します。

（添付書類）

□【様式１】参加申込書

□【様式２】参加資格に関する申立書

□【様式３】受注実績調書（参加要件及び実績審査）

□【様式４】会社概要書

□【様式５】業務実施体制表

※入札参加資格を有さない者は、「葛󠄀城市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定等業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領」４．の追加資料を添付すること。

　　　　　　　　　　　　　　　（担当）

　　　　　　　　　　　　　　　　部署：

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス：

　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール：