プロポーザル参加資格要件審査申請書

葛󠄀城市長　様

年　　　　月　　　　日

　葛󠄀城市で行われる、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プロポーザルに参加するため、葛󠄀城市入札参加資格要件を満たし、名簿に登録されている者と同様の資格を有するかについての審査を申請します。

　なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

（本社）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ所　在　地 | 〒 | 使用印鑑 |
| 印 |
| フリガナ商号又は名称 |  |
|  |
| フリガナ代表者職氏名 |  |
|  | （実印） |
| TEL | 　　　（　　　） | FAX | 　　　（　　　） |
| 担当者 | 氏名：　　　　　　　　　　部署名： |
| メールアドレス |  |

【備考】

・担当者欄については、本申請部署を明記の上、ご担当者氏名を記載してください。

・使用印鑑欄の印鑑については、契約の締結等に使用する印を押印してください。