令和　　　年　　　月　　　日

　岩出市長　あて

所在地

会社名

代表者名

　　　参　加　申　込　書

　公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加を申し込みます。

　なお、公募型プロポーザルの参加資格を全て満たしていることを誓約します。

記

１　業務名：第10期岩出市介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定業務

２　連絡先

所属

氏名

電話番号

FAX番号

E-mail