**※応募者は記入しないこと。**

整理番号（※）

【第１号様式】

令和　　年　　月　　日

東大和市長　尾崎保夫　様

所在地

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**プロポーザル応募参加申込書**

東大和市高齢者福祉計画・第９期介護保険事業計画及び第３次東大和市障害者総合プラン策定支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領の趣旨を理解し、参加資格要件を確認の上、下記のとおり申し込みます。

なお、プロポーザルの申し込みに当たり、公募対象事業者の資格及び条件を満たすこと並びに記載内容に虚偽がないことを誓約します。

記

**１　件　　　名**　　東大和市高齢者福祉計画・第９期介護保険事業計画及び第３次東大和市

障害者総合プラン策定支援業務委託

**２　管理責任者**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号（名称） |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者氏名等 | 所属：  担当者氏名：  住所：  TEL：  FAX：  E-mail： |