様式１

参　加　表　明　書

令和　　年　　月　　日

　東郷町長　石　橋　直　季 あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加表明者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　（仮称）東郷町障がい福祉ビジョン2027策定業務プロポーザルへの参加を表明します。

　なお、本書及び添付書類の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

１　事務所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

２　本プロポーザルに関する連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当者 | 【所属】【役職】　　　　　　　　　【氏名】 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

注） ・印鑑は会社印及び代表者印を押印すること。

　　 ・会社概要（様式２）及び類似する委託業務実績（任意様式）を添付すること。