（様式１）

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

石垣市長　様

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　 印

電話番号

石垣市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第10期）策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお、実施要項に規定されている参加資格を満たしており、本参加申込書等の提出書類について、事実と相違ないことを誓約します。

〈担当者連絡先〉

所在地

名称

部署

氏名

電話番号

ＦＡＸ

Ｅ-mail