（様式第１号）

令和５年　　月　　日

椎葉村長　様

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

参　加　表　明　書

　椎葉村第１０次高齢者福祉計画及び第９期介護保険事業計画（R6～R8）策定支援業務プロポーザル実施要領の趣旨を理解し、参加資格要件をすべて満たしていますので、プロポーザルへの参加を申し込みます。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |