（様式第１号）

　　年　　月　　日

　会津美里町長

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

「会津美里町第10期介護保険事業計画等

アンケート調査集計分析業務」参加表明書

会津美里町第10期介護保険事業計画等アンケート調査集計分析業務公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加表明します。

　なお、会津美里町第10期介護保険事業計画等アンケート調査集計分析業務公募型プロポーザル実施要領に定められた参加資格の要件を満たしていること、参加表明書及び今後提出する関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |
| 担当者所属・氏名 |  |