様式２

年 月 日

いの町長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 ㊞

「いの町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査事業委託業務プロポーザル及び

第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務」参加申込書

「いの町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査事業委託業務プロポーザル及び第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務」について、下記のとおり参加を申し込みます。なお、添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１ 業務名 　いの町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査事業委託業務及び

第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定支援業務

２ 入札参加資格 いの町における競争入札参加資格 （ 有 ・ 無 ）

３ 添付資料

【連絡先】

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX 番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail