(様式第１号)

参 加 表 明 書

令和　　年　　月　　日

多気町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

多気町第11期高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画策定支援業務委託プロポーザルへの参加を表明します。

【連絡先】担当者所属： 氏　　名

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｅメール