様式第３号（第13第２項、第３項）

参　加　申　込　書

　　年　　月　　日

長野県大町保健福祉事務所長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞

（個人にあっては住所、氏名）

下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、資格要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

１　対象業務名

２　公告日

　　年　　月　　日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール