

(様式1)

豊明市第10期高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定業務委託プロポーザル
参加申込書

令和 年 月 日

豊 明 市 長 殿

所 在 地
法 人 名
代 表 者
電 話 番 号

印

豊明市第10期高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定業務委託公募要項の条件等を
了解し、応募します。

1 業務企画の担当者

(企画運営・実施における業務担当者)

責任者（職・氏名）			
担当者（職・氏名）			

2 連絡先

担当者氏名			
所在地			
電 話		ファックス	
E-mail			