

(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 印
代 表 者
電 話 番 号

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 | | | |