様式１

令和　　年　　月　　日

小金井市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画

策定支援委託プロポーザル参加希望申請書

（宛先）　小金井市長

所在地

会社名

代表者

小金井市が発注する小金井市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援委託プロポーザルに参加を希望しますので、参加希望申請書を提出します。

なお、実施要領の資格要件を満たすことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１　受付番号

「東京電子自治体共同運営電子調達サービス」の受付票に記載されている１０桁の番号を記載してください。

２　担当者連絡先

　　所属

　　氏名

　　電話番号

　　ＦＡＸ番号

　　メールアドレス