様式第１号

令和　　年　　月　　日

人吉市長　松 岡　隼 人　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**参加申込書**

人吉市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等及び第10期介護保険事業計画等策定支援業務委託公募型プロポーザル実施要領の趣旨を理解し、参加資格要件を全て満たしているので、プロポーザルへの参加を申し込みます。

（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |