　　年　　月　　日

　東彼杵町長　　　　　　　　様

商号又は名称

代表者職氏名

参　加　申　込　書

　下記業務に係る公募型プロポーザル実施要領に基づく選定について、参加を申し込みます。なお、本手続きにおいて知り得た秘密については、貴町の承諾なく公表又は使用しないことを誓約いたします。

記

１　業務の名称

東彼杵町高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画策定支援業務

２　添付書類

　　　会社概要調書（様式２号）

３　担当者連絡先

　　　所属部署：

　　　役職名：

　　　氏名（ふりがな）：

　　　電話番号：

　　　ＦＡＸ番号：

　　　メールアドレス：