様式２

年　　月　　日

大崎市長　様

 商号又は名称

 代表者職氏名　　　　　　　　　印

公募型プロポーザル参加表明書

　　年　　月　　日付けで公告のあった，大崎市介護認定審査会支援システム導入業務に係るプロポーザル方式による提案書の募集について参加します。

なお，本書の内容については，事実と相違ないことを誓約します。

記

（　提出者　）

住　所

電話番号

会社名

代表者名

（　担当者　）

担当部署

氏　名

電　話

ＦＡＸ

E‐mail