様式第２号

令和　　年　　月　　日

　（提出先）中津川市長

所在地

商号又は名称

代表者肩書及び氏名　　　　　　　　　　　　　　印

**参加表明書**

中津川市病児保育事業業務委託公募型プロポーザルについて、「中津川市病児保育事業業務委託公募型プロポーザル実施要領」等の内容を確認及び同意の上、次のとおり申し込みます。

なお、本プロポ－ザルへの参加にあたり、本申込書及びその他の提出書類の記載事項は事実と相違ないこと、また「中津川市病児保育事業業務委託公募型プロポーザル実施要領」に定めるすべての参加資格要件を満たしていることを誓約します。

１　業務委託名

　　中津川市病児保育事業業務委託

２　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号・ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－mail |  |

３　提出先　中津川市市民福祉部子ども家庭課

（中津川市かやの木町2番５号　中津川市役所　健康福祉会館内）

電話：0573-66-1111（内線647）