【様式２】

石川県介護現場革新総合サポート事業業務委託

【公募型プロポーザル参加申込書】

令和　　年　　月　　日

石川県知事　馳　浩　様

　石川県介護現場革新総合サポート事業業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領及び仕様書の内容を了解し、募集に参加したいので関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　単独企業の場合 | |  |  |  |
|  | 事業者名 |  | | |
|  | 代表者職氏名 |  | | |
|  | 所在地 |  | | |
|  |  |  |  |  |
| ２　共同企業体の場合（記入欄が不足した場合は記入欄を追加し、全ての共同企業体構  　成企業について記載してください。） | | | | |
|  | 共同企業体名 |  | | |
|  | 代表構成員名 |  | | |
|  | 代表者職氏名 |  | | |
|  | 所在地 |  | | |
|  |  |  |  |  |
|  | 構成員名 |  | | |
|  | 代表者職氏名 |  | | |
|  | 所在地 |  | | |
|  |  |  |  |  |
|  | 構成員名 |  | | |
|  | 代表者職氏名 |  | | |
|  | 所在地 |  | | |
|  |  |  |  |  |
| ３　担当者連絡先 | |  |  |  |
|  | 事業者名 |  | 部署名 |  |
|  | 役職名 |  | 氏名 |  |
|  | 郵便番号 |  | 所在地 |  |
|  | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
|  | メールアドレス |  | | |