（様式1）

令和　　年　　月　　日

参　加　表　明　書

　須恵町長　平松　秀一　様

所在地

会 社 名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　下記業務について、須恵町高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき参加を表明します。

　　なお、プロポーザル実施要領の参加資格要件の全てを満たすことを誓約します。

記

業務名　　須恵町高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施業務委託

１　添付書類

1. 誓約書（様式２）
2. 会社概要書（様式４）
3. 業務実績（様式５）
4. 商業登記簿謄本（◎）
5. 財務諸表（◎）
6. 国税及び地方税の未納及び滞納がない証明書（◎）
7. プライバシーマークまたは、情報セキュリティマネジメントシステム（ISＭS）の認証を受けていること

２　担当者連絡先

　　　　　所　属：

　　　　　氏　名：

　　　　　電　話：

　　　　　ＦＡＸ：

　　　　　メール：