様式第2号(第9条関係)

令和　　年　 月 　 日

八重瀬町長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**参　加　表　明　書**

　令和 年 月 日付をもって企画提案募集された下記業務について応募条件をすべて満たしているので

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ある

当社としては、企画提案に参加する意思が　　　　　　　旨をここに表明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ない

記

　　　　　　　　　　　　　　　　業務名　：　八重瀬町障害者相談支援事業業務

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【連絡先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：