（様式第2号）

　　年　　月　　日

参加表明書

大牟田市長　関　好孝　宛

（保健福祉部福祉課）

　「大牟田市健康福祉総合計画策定等支援業務」に係る公募型プロポーザル参加資格要件を全て満たしていることを誓約し、関係書類を添えて参加表明書を提出します。

　なお、提出する全ての書類の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | | 〒 |
| 会社名 | | ㊞ |
| 代表者 | | ㊞ |
| 担当者 | 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |
| 部署 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Eメール | |  |

※大牟田市が、本プロポーザルに関する通知を電子メールで送信するときは、今後、上記

に記載されているEメールアドレスあて送信します。