様式１

プロポーザル参加表明書

令和　　年　　月　　日

猪名川町長　岡本　信司　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
|  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職名 |  |
| 代表者名 |  | ㊞ |

　「猪名川町集団婦人科検診業務」に係るプロポーザル実施要領に基づき、当プロポーザルに参加することを表明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 担当者所属 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

（連絡先）