**【様式１】**

年　　月　　日

加　西　市　長　様

住所

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

プロポーザル参加表明書

当社は、生活困窮者及び被保護者就労準備支援事業並びに被保護者健康管理支援事業の公募型プロポーザルについて、企画提案者に求められる参加資格要件を満たしていることを確約し、参加を表明します。

（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 役職・担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |