**【様式３】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

加　西　市　長　様

申込者　所　在　地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：　　　　　　　　　　　㊞

公募型プロポーザル参加申込書

公募型プロポーザルについて、下記のとおり参加したいので申込みいたします。

記

１　業　務　名　：加西市高齢者福祉計画・認知症施策推進計画・第10期介護保険事業

計画策定支援業務

２　添 付 書 類

1. 企画提案書
2. その他資料

〔連絡先〕

部署

 担当者

 電話

 FAX

 E-mail