

令和 年 月 日

福崎町長 尾 崎 吉 晴 様

所 在 地

事 業 者 名

代 表 者 名



参 加 申 込 書

下記の業務に係る公募型プロポーザルについて参加を申し込みます。
なお、当社は、企画提案者に求められる参加資格を満たしており、且つ、提出する書類は
事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 業務名：福崎町第2次すこやかヘルスプラン策定支援業務

2. 担当者

所属部署	
役 職	
氏 名	
電話番号	
F A X 番号	
メールアドレス	