（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

プロポーザル参加申込書

（あて先）

佐久広域連合長

所　在　地：

法　人　名：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　㊞

「佐久広域連合障害者相談支援センター相談支援業務委託（障がい児・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者）公募型プロポーザル実施要領」の各条項を承知のうえ、誓約書を添付してプロポーザル参加の申込みをします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受託希望業務 | 相談支援業務（　　　　　） |
| 担当者氏名及び連絡先 | 担当部署名 |
|  |
| 担当者氏名 |
|  |
| 電話番号 |
|  |
| ファクシミリ番号 |
|  |
| 電子メールアドレス |
|  |
| ホームページアドレス |
|  |