様式１

参　加　表　明　書

　　年　　月　　日

安　城　市　長

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、第３期安城市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画等）策定業務の参加資格を満たしており、本プロポーザルに参加したいので必要書類を添えて提出します。

なお、本参加表明書及び添付書類の記載事項については、事実と相違ないことを誓約します。

＜連絡先＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 |
| １ | 郵便番号 |  |
| ２ | 所在地 |  |
| ３ | 名称 |  |
| ４ | 担当者部課名 |  |
| ５ | 担当者氏名 |  |
| ６ | 電話番号 |  |
| ７ | ＦＡＸ |  |
| ８ | e-mail |  |

※上記の連絡先欄に記載された個人情報は、本プロポーザルに関する連絡調整のみに利用します。