（様式１）

参加表明書

業務名：岩国市介護認定審査会環境整備業務

　　標記のプロポーザルに参加いたします。

　　令和７年　　月　　日

　　岩国市長　　福　田　良　彦　　様

　　　　会社名：

　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

住　　　　　　所：

　　　　代表者：

　　　　担当者名：

　　　　電話番号：

　　　　ＦＡＸ番号：

　　　　Ｅメールアドレス：

※共同提案の場合は、以下のコンソーシアム（共同提案の事業体）に係る構成事業者及び概要について、記載・押印の上、提出してください。

１　コンソーシアムの構成事業者について

　〇代表事業者（企画提案者）

　　・住　所

　　・会社名

　　・代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　・電　話

　　・担当者名・所属

　〇構成事業者

　　・住　所

　　・会社名

　　・代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　・電　話

　　・担当者名・所属

　〇構成事業者

　　・住　所

　　・会社名

　　・代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　・電　話

　　・担当者名・所属

２　コンソーシアムの概要について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 | 担当者名 | 職種・資格 | コンソーシアムでの役割 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |