様式１

参加表明書

令和７年　　月　　日

熊本県知事　木村　敬　様

住所

商号又は名称

代表者職・氏名

令和７年度市町村介護保険地域分析支援業務委託公募型プロポーザル実施要領の内容を理解し、企画提案に参加したいので、関係書類を添えて参加を表明します。

なお、当該募集要項「４　参加資格」を全て満たしており、本書及び関係書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

【提出書類】

□法人等概要（様式２）

□誓約書（様式３）

□履歴事項全部証明書

□印鑑証明書

□納税証明書

□事業者の取組に関する申出書（様式４）

（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号（会社） |  |
| 電話番号（担当者） |  |
| E-mail |  |