（様式２）

介護認定及び給付に係る業務委託に関するプロポーザル

**参　加　表　明　書**

（宛先）

京都市長　門川　大作

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者又はコンソーシアム代表幹事業者 | （所在地）〒（商号又は名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者又は受任者の職・氏名） |
| 連絡担当者 | （職・氏名）（電話番号）（ＦＡＸ）（E-mail） |

介護認定及び給付に係る業務委託に関するプロポーザルに参加したいので、参加表明書を提出します。

注：コンソーシアムで参加する場合は、各業者の役割分担を記載した資料を添付すること。