

様式第 1 号

令和 年 月 日

鹿追町長 喜 井 知 己 様

参 加 表 明 書

所 在 地

商号又は名称

代 表 者

印

業務名 鹿追町国民健康保険病院経営改善支援業務委託

標記業務委託に関する公募型プロポーザルに係る実施要領に定められた参加資格等を満たしていること並びに提出書類の記載事項及び添付書類について、事実と相違ないことを誓約し、参加表明書を提出します。

(担当者) 担当部署

氏 名

電話番号

F A X

E-M a i l