（様式１）

**参加申込書**

令和　　年　　月　　日

伊予市長　　　　　　　　　　様

住　　所

事業者名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　印

伊予市高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定業務委託プロポーザル実施要領に定める事項を承諾し参加を表明します。なお、添付資料については事実と相違ありません。

【 担当者連絡先 】

　　所在地

　　担当部署

　　担当者名

　　電話番号

　　ＦＡＸ番号

　　メールアドレス