【様式１】

※受付番号は記載しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　　　令和　　年　　月　　日

名護市長　渡具知　武豊　殿

参 加 表 明 書

　令和７年４月４日付で公募された名護市病児保育事業業務委託に係るプロポーザルについて、参加する旨表明をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| フリガナ |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 | 印 |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |

なお、募集要項３の参加資格要件を満たしていること及び参加表明書・関係書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。