（様式１）

プロポーザル参加申込書

令和　　年　　月　　日

川西市長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
|  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職名 |  |
| 代表者名 |  |  |

　川西市介護予防・健康ポイント事業構築・運用業務に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、プロポーザルに参加します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 担当者所属 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
|  |
| ISMS認証番号 |  |

　　※ISMS認証取得事業者は、認証番号を記載すること。