参加申込書

令和７年　　月　　日

稲城市長　宛

所在地

名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

記

稲城市地域包括ケア計画 （稲城市高齢福祉計画（第５次）・介護保険事業計画（第10期））策定支援等業務委託公募型プロポーザル実施要領に基づき、プロポーザルへの参加を申込みます。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者役職 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-Mail |  |