令和　　年　　月　　日

沖縄市長　桑　江　朝千夫　様

所在地

会社名

代表者 印

**参　加　表　明　書**

件　　名　 障がい福祉相談支援システム公募型プロポーザル

私（当社）は、上記案件に係る公募型プロポーザルに伴うプレゼンテーションに参加します。

なお、私（当社）は、本件について「障がい福祉相談支援システム公募型プロポーザル実施要領」に定める要件および参加資格について、すべて満たしていることを誓約します。

|  |
| --- |
| [担当連絡先]  担当者氏名：  所属部課所：  電話番号 ：  FAX番号 ：  電子メール： |