令和　　年　　月　　日

豊田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名

参　加　表　明　書

下記業務のプロポーザルについて、参加を表明します。

令和７年６月３日付けで公告のありました下記業務の公募型プロポーザルについて、公告及び実施要領等の内容を承諾した上で、参加を表明するとともに、関係書類を提出します。

なお、参加資格の要件を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

業務名：一般介護予防事業「介護予防教室等業務委託」

【連絡先】

所属部署：

担当者名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

Ｅ-mail：

※履行実績が確認できる契約書等の写しを添付すること。（必要に応じて仕様書等契約内容がわかる書類を求める場合があります。）

参加資格要件に、許可・資格等を求めている場合は許可証等の写しを添付すること。