（様式第１号）

　年　月　日

東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業

通所型短期集中予防サービス業務委託事業者選考に係る公募型プロポーザル

参　加　意　思　表　明　書

　（宛先）　東大阪市長

（所 在 地）

（法 人 名）

 　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

標題の公募型プロポーザルについて、参加意思を表明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ＜提出担当者＞ |  |
| 担当者所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-MAILアドレス |  |