（様式１）

**参　加　表　明　書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）甲府市長

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

令和　年　月　日付けで公告のありました次の対象業務に係る公募型プロポーザルに参加を希望します。

なお、参加資格の要件をすべて満たすとともに、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。

【業務名】ケアプランデータ連携システム活用促進モデル地域づくり事業

（連絡先）会社・所　属：

氏　名：

電　話：

ＦＡＸ：

Ｅ-mail：