（様式第１号）

参　加　表　明　書

香取市被保護者健康管理支援事業委託募集（公募型プロポーザル方式）に参加を表明し、業務提案書等関係書類を期限までに提出します。

　また、「香取市被保護者健康管理支援事業委託募集要項　4参加資格」に示されたすべての条件を満たしていることを誓約します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）香取市長

提出者　所在地

　　　　　　　　　　　　 事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

【連絡担当者】

職・氏名

電話番号

E-mailアドレス

添付書類

・令和３年度の事業報告書及び収支決算書

・事業者の登記事項証明（提出日の３ケ月以内に発行されたもの）原本１部

・定款又はこれに代わるものの写し　１部

・国税・地方税（全税目）の納税証明書　原本１部

・税務署が発行する消費税及び地方消費税の納税証明書　原本１部

【事業者の概要】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 | 代表者氏名 | 社員数 |
|  |  | 人 |

【事業内容】

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |

※定款等で定められている事業内容の主なものを記載して下さい。

【被保護者健康管理支援事業と類似の業務実績】

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

※記入欄が不足する場合は、適宜追加して下さい。