簡易評価型プロポーザル参加表明書兼誓約書

令和　年　月　日

長 岡 市 長

磯　田　達　伸　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加希望者 | 住所（所在地） |  |
|  | 商号または名称 |  |
|  | 代表者職・氏名 |  |

令和５年 　月　　日付けで公告のありました下記業務の簡易評価型プロポーザルに参加します。

なお、当社は「長岡市保健事業支援業務簡易評価型プロポーザル実施要領」の「７　参加資格」の要件を全て満たしていることを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業務名 | 長岡市保健事業支援業務 |

以後の連絡は下記あてにお願いします。

所属・氏名

住所　　　　　〒

電話番号

ＦＡＸ番号

電子メール