様式２

令和　　年　　月　　日

菊川市長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 住所または所在地 |  |
| 商号または名称 |  |
| 代表者氏名 |  | ㊞ |

プロポーザル参加申込書

　「菊川市地域包括ケアシステム推進事業公募型プロポーザル募集要項」の内容に同意の上、下記の書類を添えて参加を申し込みます。

　なお、募集要項における参加要件を満たしていること、また、提出書類のすべての記載事項は事実と相違ありません。

記

　　　　　１　実施予定事業（別紙）

　　　　　２　役員等名簿（様式２-１）

　　　　　３　定款、規約または会則等その他これらに類する書類

　　　　　４　市税、県税、法人税、消費税及び地方消費税の納税証明書

　　　　　　　（発行後３カ月以内の原本）※未納がないことが証明できるもの

　　　　　５　法人の登記事項証明書（発行後３カ月以内の原本）※個人の場合は不要

　　　　　６　印鑑証明書※法人または個人のもの

　　　　　７　決算書（直近３期分の財務三表）※各２部

　　　　　８　団体の概要（様式２-２）

　　　　　※その他必要と認める場合、上記以外の書類等の提出を求める場合があります。

　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 所属/担当氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |