令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

所　 在 　地

法　 人　 名

代表者職氏名

プロポーザル参加申込書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

１　件名

高松市地域包括支援センター運営業務委託モデル事業

２　現地確認の希望の有無について（下記有無のどちらかに○を記載）

　　　　　有　・　無

※　現地確認は令和４年１０月８日（土）を予定しています。

・開始時刻については、参加申し込みを締め切った後、各応募者に個別に連絡します。

・確認時間は１法人当たり３０分までとし、人数は３人までとします。

・現地確認は、市職員が立ち合うこととし、市職員の指示に従ってください。

・なお、現地確認中の口頭での質問には答えられませんので、現地確認後、「11 質問の受付及び回答」に記載する方法により質問してください。

担当連絡先

所　　　属

所属責任者

氏　　　名

電　　　話

Ｆ　Ａ　Ｘ

Ｅ -　mail