様式第１号（第７条関係）

令和　　年　　月　　日

琴平町長　様

住所

名称

代表者

参加表明書

　令和　　年　　月　　日付けで公告のあった、下記の業務に係るプロポーザル方式について、参加を表明いたします。

業務名：琴平町高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定支援業務

連絡担当者

所属

氏名

電話

FAX

E-mail