

(様式 1)

令和 5 年 月 日

(あて先) 成田市長

参加申請書

標記に関して、下記の業務の募集手続に参加を予定しているため、次の内容を記載のうえ、申請します。

応募する業務名		
第 9 期成田市介護保険事業計画策定支援業務委託		
担当者・連絡先等について		
法人名		
法人所在地又は事務所所在地		
〒		
担当部局名	担当者氏名	連絡先
		【電話番号】
		【メールアドレス】

※公募型プロポーザルに参加を希望する者は、本参加申請書を令和5年4月20日(木) 17時(必着)までに必要事項入力の上、介護保険課に電子メールまたは郵送により提出してください。

【メールの送信先】成田市福祉部介護保険課
Eメールアドレス：kaigo@city.narita.chiba.jp

郵送先：〒286-8585
千葉県成田市花崎町 760 番地
成田市福祉部介護保険課