**（様式２-1）**

**提　案　競　技　参　加　申　込　書**

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）　福　岡　市　長

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |

「福岡市地域福祉支援強化事業」業務委託にかかる提案競技について、募集要項にある参加資格を満たしており、参加を申し込みます。

なお、本申請後、参加資格を満たしていないことが明らかになった場合は、この申込みを取り消します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **件　　名** | **「福岡市地域福祉支援強化事業」業務委託** |
| **担当者名** |  |
| **連絡先電話番号** |  |
| **ＦＡＸ番号** |  |
| **メールアドレス** |  |