**＜様式２－１＞**

**提　案　競　技　参　加　申　込　書**

令和　　７年　　　月　　　日

（あて先）　福　岡　市　長

所 在 地

事業者名

代表者名

「福岡市保健福祉総合計画策定支援等業務委託」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** | 福岡市保健福祉総合計画策定支援等業務委託 |
| **担当者名** |  |
| **連絡先電話番号** |  |
| **ＦＡＸ番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **業者番号　※** |  |

※福岡市・水道局・交通局競争入札有資格者名簿に登載されている事業者は、業者番号を記載して

ください。（共同企業体の場合は、構成員すべてについて 業者番号を記載してください。）