

プロポーザル参加資格確認申請書

令和 年 月 日

堺市健康寿命延伸産業創出コンソーシアム 座長 様

住 所

商号または名称

代表者 職氏名



堺市健康寿命延伸産業創出コンソーシアム運営支援業務に係るプロポーザルの参加を希望し、提案書作成要領その他関係書類に記載の事項を了承のうえ申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の4第1項及び第2項各号に規定する者でないこと及び本申請書以外に提出した書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

(担当者連絡先)

担当部署名

担当者職氏名

電話番号

FAX番号

プロポーザル参加資格確認申請書

堺市健康寿命延伸産業創出コン

会社の住所、名称又は商号及び代表者職氏名を記入すること。また、堺市登録業者については、登録時に代理人を選定している場合（支店、営業所等）、原則として、その委任先の住所、名称及び委任を受けている代理人の職氏名を記入し、印鑑は、登録時の使用印鑑（会社印、代表者印）を鮮明に押印すること。

住 所

商号または名称

代表者 職氏名

⑩

堺市健康寿命延伸産業創出コンソーシアム運営支援業務に係るプロポーザルの参加を希望し、提案書作成要領その他関係書類に記載の事項を了承のうえ申請します。

なお、地方自治法施行令第167条の4第1項及び第2項各号に規定する者でないこと及び本申請書以外に提出した書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

(担当者連絡先)

担当部署名

担当者職氏名

電話番号

FAX番号