様式１：参加意向申出書

令和　　年　　月　　日

川根本町長　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |

**参加意向申出書**

下記の件について、「令和７年度川根本町医療費適正化額分析業務公募型プロポーザル実施要項」に定められた書類を添えて、プロポーザルの参加を申し込みます。

なお、プロポーザル実施要領の参加資格要件に掲げられた要件のすべてに該当している者であること、並びに記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

１ 業　務　名　　「令和７年度川根本町医療費適正化額分析業務」

２ 公告年月日　　令和７年９月18日

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| MAIL |  |