様式２

**公募型プロポーザル方式業務委託参加確認書**

　　　　年　　月　　日

明　石　市　長　　様

（福祉局生活支援室障害福祉課　公募型プロポーザル方式契約担当者　宛）

（参加申請者）

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

業者コード

下記のとおり、公募型プロポーザル方式業務委託に参加するために貴市に書留等にて確かに送付しましたので、ご査収ください。

1. 参加申込業務名　　　明石市障害者計画等策定支援業務委託
2. 書留等郵便物差出日時　＜必ず書留・特定記録郵便物等受領証（お客様控）を添付すること＞

ここに添付してください

|  |
| --- |
| 書留・特定記録郵便物等受領証 |
| （ご依頼主のご住所・お名前）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様見　　　　本 |
| お届け先のお名前 | お問い合せ番号 | 申出損害賠償額 | 摘　要 |
| 様 |  |  |  |
| 様 |  |  |  |
| 様 |  |  |  |
|  |  |

※　書留等の送付後、当日中にＦＡＸ(０７８-９１８-５２４４)により福祉局生活支援室障害福祉課へ送付してください。