様式第２号

令和　　年　　月　　日

　稲沢市長　様

所在地

商号又は名称

代表者肩書及び氏名

**参加申込書**

　稲沢市病児・病後児保育業務委託公募型プロポーザルについて、「稲沢市病児・病後児保育業務委託公募型プロポーザル実施要領」等の内容を確認及び同意の上、次のとおり参加申込みをします。

また、以下の通り誓約いたします。

記

１　実施要領で定められた参加資格要件を満たしていること。

２　審査委員会の委員に対して、不正な利益を図る目的で接触しないこと。また、利害関係を有する者でないこと。

３　上記事項に違反する事実が判明した場合、無効又は失格、契約解除や損害賠償請求等、市が行う一切の措置について異議の申立てを行わないこと。

【連絡先】

所 　 属 ：

役 　 職 ：

担 当 者 名 ：

電 話 番 号 ：

F A X 番 号 ：

Ｅ－ｍａｉｌ：