（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

下松市長　國井　益雄　様

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　㊞

参　加　表　明　書

下松市国民健康保険特定保健指導業務公募型プロポーザルに、実施要領等について承諾の上、参加を申し込みます。

なお、当社は実施要領に掲げる参加者の要件をすべて満たしていること及び記載内容を遵守することを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．担当者連絡先

　　　所 在 地：

（参加表明書の所在地と異なる場合のみ記載のこと。）

　　　所　　属：

　　　氏　　名：

　　　電話番号：

 E-mail:

２．添付書類

　（１）会社概要（様式第３号）

　（２）同種又は類似業務の実績（様式第４号）

　（３）業務実施体制（様式第５号）

　（４）商業登記謄本（写しでも可）

　（５）市税の完納証明書

　（６）法人税、消費税及び地方消費税について、未納の額がないことの証明書

　（７）印鑑証明

※代表者印は印鑑証明と同じ印で押印してください。