（様式１）

　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

参 加 意 向 申 出 書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：「横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画」（計画期間：令和３年度～５年度）の策定支援業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail