（様式第１－１）

令和　　年　　月　　日

**参 加 申 込 書**

鎌ケ谷市長　芝田　裕美　様

鎌ケ谷市総合福祉保健センター分館整備事業に係る公募型プロポーザルについて、実施要領を遵守し、参加を申し込みます。

なお、実施要領に規定する参加資格要件を全て満たしていること並びに提出書類の記載事項及び添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （参加者） | 住所 |  |  |
|  | 商号又は名称 |  |  |
|  | 代表者名 |  | 印 |
|  | 電話番号 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （連絡担当者） | 商号又は名称 |  |
|  | 所属 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | 電子メール |  |

（様式第１－１）

令和　　年　　月　　日

**参 加 申 込 書**

鎌ケ谷市長　芝田　裕美　様

鎌ケ谷市総合福祉保健センター分館整備事業に係る公募型プロポーザルについて、実施要領を遵守し、参加を申し込みます。

なお、実施要領に規定する参加資格要件を全て満たしていること並びに提出書類の記載事項及び添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （代表構成員） | 住所 |  |  |
|  | 商号又は名称 |  |  |
|  | 代表者名 |  | 印 |
|  | 電話番号 |  |  |
|  |  |  |  |
| （構成員） | 住所 |  |  |
|  | 商号又は名称 |  |  |
|  | 代表者名 |  | 印 |
|  | 電話番号 |  |  |
|  |  |  |  |
| （構成員） | 住所 |  |  |
|  | 商号又は名称 |  |  |
|  | 代表者名 |  | 印 |
|  | 電話番号 |  |  |
|  |  |  |  |
| （構成員） | 住所 |  |  |
|  | 商号又は名称 |  |  |
|  | 代表者名 |  | 印 |
|  | 電話番号 |  |  |
|  |  |  | |
| （連絡担当者） | 商号又は名称 |  | |
|  | 所属 |  | |
|  | 氏名 |  | |
|  | 電話番号 |  | |
|  | 電子メール |  | |