（様式第１号）

プロポーザル審査参加表明書

令和　　年　　月　　日

神戸市長　あて

（申請者（代表者））

所在地

法人・団体名

代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名又は印

※押印する場合、法人にあっては登録代表者印を押印してください。

（申込に関する担当連絡先）

部署・職名

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ-mail

公募型プロポーザルに参加したいので、下記のとおり申し込みいたします。

記

１．件　　　名　　神戸医療産業都市におけるエリアマネジメントのあり方検討支援業務

２．添付書類　　（様式２号）公募型プロポーザル参加資格確認書

　　　　　　　　　　　　※代表者・共同企業体の構成員ともに必要

３．構成員　※共同事業体での参加の場合のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 共同企業体の構成員 | 所 在 地法人・団体名代表者役職・氏名 印 |
| 所 在 地法人・団体名代表者役職・氏名 印 |
| 所 在 地法人・団体名代表者役職・氏名 印 |

記入欄が足りない場合は、欄を追加して使用してください。