（様式１）

参加資格確認申請書（企画コンペ方式）

　年　月　日

収　支　等　命　令　者　　様

（佐賀県健康福祉部障害福祉課）

所在地

商号又は名称

職・氏名

下記委託業務の　企画コンペ　に参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、地方自治法施行令第１６７条の４の規定のいずれにも該当しない者であること、参加資格要件を満たしていること及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 委託業務名 | 令和６年度佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業業務委託 |
| 本業務実施に係る責任者 | 責任者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |