参加資格確認申請書

様式第２号

令和　年　月　日

収　支　等　命　令　者　　様

（佐賀県健康福祉部障害福祉課就労支援室）

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７年度障害者委託訓練（令和７年３月６日付公示） |
| 申請コース（科）名 | 科 |
| 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 |  |

○添付書類（有・無）　※添付書類有の場合、書類名を記入

　□・・・・・