

様式第 1-1 号 (単独事業者用)

参加資格確認申請書 (プロポーザル方式)

年 月 日

収 支 等 命 令 者 様
(佐賀県健康福祉部健康福祉政策課)

所在地 _____
商号又は名称 _____
代表者職氏名 _____

下記委託業務のプロポーザルに参加したいので、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。県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

記

委託業務名	令和8年度佐賀県受動喫煙に関するコールセンター及び普及啓発・改善依頼等業務 (令和8年2月24日付公示)	
本業務実施に係る責任	責任者 職・氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	

○必要書類 (有) ・ 無)

- ・ 会社概要
- ・ 誓約書