様式第2号

　参加資格確認申請書

　年　月　日

収支等命令者

佐賀県健康福祉部障害福祉課長　様

所在地

商号又は名称

職氏名

生年月日　　　　年　　　　月　　　日

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７年度佐賀県入院者訪問支援事業実地業務委託（令和７年８月５日付け公示） |
| 本業務実施に係る責任者 | 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

○必要書類

　・誓約書（様式第３号）

　・会社概要（パンフレットで可）