(様式第１号)

参 加 表 明 書

令和　　年　　月　　日

宝達志水町長 宛て

所在地

商号又は名称

代表者名(職・氏名)

宝達志水町第10期介護保険事業計画・高齢者福祉計画策定支援業務プロポーザルへの参加を表明します。

【連絡先】担当者所属： 氏　　名

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｅメール

（裏面)

（機密保持）

なお、本プロポーザルの応募に際し、本町から提供された機密扱いの情報については、以下のとおり取り扱うことを確認します。

①　開示された情報は、提案応募の目的以外には利用しない。

②　開示された情報の取扱いに関しては、最新の注意を払い厳重に管理する。

③　プロポーザル終了時には、すべての開示情報を廃棄する。

④　個人情報保護条例ほか関係法令を遵守する。

⑤　開示された情報について、提案者の責により損害が生じた場合は、賠償責任を負う。