

宮崎県知事 殿

応募者

所在地

商号又は名称  
代表者 氏名

印

## 公募型プロポーザル参加申込書

宮崎県福祉保健部福祉保健課が行う「みやざきモデル」普及推進事業に係る公募型プロポーザルに参加したいので、下記のとおり申し込みます。

また、実施要領8に規定する参加資格に該当することを誓約します。

### 記

1 会社名

2 所在地

3 代表連絡先

- ・電話番号
- ・FAX番号

4 担当者

- ・部署名
- ・職・氏名
- ・電話番号
- ・FAX番号
- ・メールアドレス

5 添付書類

委任状（※支店長等代表権を有しない者が申し込む場合のみ必要）

※ 実施要領8に規定する参加資格に疑義がある場合は、事前に確認を行う場合がある。

様式第1号（共同企業体用）

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

応募者  
＜共同企業体の名称＞

＜代表構成員＞  
所在地

商号又は名称  
代表者職氏名 ⑩

＜構成員＞  
所在地

商号又は名称  
代表者職氏名 ⑩

＜構成員＞  
所在地

商号又は名称  
代表者職氏名 ⑩

## 公募型プロポーザル参加申込書

宮崎県福祉保健部福祉保健課が行う「みやざきモデル」普及推進事業に係る公募型プロポーザルに参加したいので、下記のとおり申し込みます。

また、すべての構成員が実施要領8に規定する参加資格に該当することを誓約します。

記

- ＜代表構成員＞
- 1 会社名
  - 2 所在地
  - 3 代表連絡先  
・電話番号

- ・FAX 番号
- 4 担 当 者
  - ・部署名
  - ・職・氏名
  - ・電話番号
  - ・FAX 番号
  - ・メールアドレス

<構成員>

- 1 会 社 名
- 2 所 在 地
- 3 代表連絡先
  - ・電話番号
  - ・FAX 番号
- 4 担 当 者
  - ・部署名
  - ・職・氏名
  - ・電話番号
  - ・FAX 番号
  - ・メールアドレス

<構成員>

- 1 会 社 名
- 2 所 在 地
- 3 代表連絡先
  - ・電話番号
  - ・FAX 番号
- 4 担 当 者
  - ・部署名
  - ・職・氏名
  - ・電話番号
  - ・FAX 番号
  - ・メールアドレス

(添付書類)

- 1 委任状（様式第2号（共同企業体用））
- 2 各構成員の会社案内書または概要書等