（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

多治見市長　髙木　貴行　宛

所在地

事業者等名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

参加表明書

多治見市民病院の一部スペースを利用した多治見市産後ケア事業（宿泊型・通所型）業務委託公募型プロポーザルについて、関係資料を添えて参加表明します。

　なお、多治見市民病院の一部スペースを利用した多治見市産後ケア事業（宿泊型・通所型）業務委託公募型プロポーザル実施要項を理解し、同要項に定められた参加資格を満たしていること並びに提出書類の記載事項及び添付書類について事実と相違ないことを誓約します。

記

　　１．　事業者概要書（様式第２号）

２．　業務実績（様式第３号）

３．　産後ケア事業企画提案書（様式第４号）

４．　産後ケアの安全及び危機管理に関する提案書（様式第５号）

５．　産後ケア実施者（助産師・保健師・看護師・保育士等）の資格免許証の写し

６．　損害賠償保険証等の写し

（現在加入していない場合は、加入しようとする保険の内容が分かるもの）

７．　見積書（様式第６号）

８・　その他添付書類（任意）

以上

連絡担当者

所属

氏名

連絡先