（様式２）

令和　　年　　月　　日

印　西　市　長

（代表団体）

所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　役職名

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　㊞

**参加申請書（共同事業体）**

印西市生活困窮者自立相談支援・被保護者就労支援業務委託プロポーザルへの共同事業体で参加を申請します。

なお、印西市生活困窮者自立相談支援・被保護者就労支援業務委託プロポーザル実施要領に規定する参加資格を満たすこと及び提出書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約いたします。

**１　共同事業体の名称**

**２　構成団体**

（１）住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（２）住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（連絡先）

部署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

注）構成員が２者又は４者以上の場合は、適宜その他の構成員欄を削除又は追加すること。