様式第２号

青森県生産性向上・職場環境整備等支援事業給付金審査業務に係る

企画提案参加申込書

令和　　年　　月　　日

青森県健康医療福祉部医療薬務課長　殿

所在地

事業者名

代表者名

　このことについて、下記のとおり関係書類を添えて参加を申し込みます。

１　応募者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所等所在地 | 〒電話： |
| 事業者名 | （フリガナ） |
|  |
| 設立年月日 |  |
| 従業員数 | 　　　　　人 |
| 代表者職・氏名 |  |
| 主な事業内容 |  |
| 同種・類似業務の履行実績 | 年月日 | 業務名 | 発注者 | 業務概要 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 担当者連絡先 | 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

※同種・類似業務の履行実績（３件以内）については、必要に応じて別葉として構いません。

２　添付書類

（１）企画提案応募資格に係る宣誓書（様式第３号）

（２）同種・類似業務の履行実績に係る契約書及び仕様書の写し

（３）企画提案書