令和　年 　月 　日

（宛先）大田区長

所在地

会社名

代表者　　　　　　　　　　 　印

参 加 表 明 書

大田区健康ポイント事業業務委託プロポーザルについて、参加を表明します。

なお、本書の記載事項は事実と相違ないこと及び当社が本プロポーザルの参加資格を有していることを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E- mail |  |