（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

徳島県知事　殿

(事業者)

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

参　加　申　込　書

「徳島県キャッシュレス決済端末導入業務」公募型プロポーザルへ参加を申し込みます。

なお、企画提案の参加資格要件（募集要領４）に掲げる全ての要件を満たしていることについて事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 所属・氏名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ  ＦＡＸ  e-mail |
| 従業員数 | |  |
| 業種 | |  |
| 主な事業内容 | |  |

※共同提案による参加申込みの場合は、構成事業者一覧表（様式第２号）及び募集要領９(1)エに記載した書面を添付してください。