（様式２）

寒川町新規障がい者相談支援事業所運営法人

公募型プロポーザル　参加申込書

（あて先）寒 川 町 長

寒川町新規障がい者相談支援事業所運営法人公募型プロポーザルについて、当法人は町の実施要領の要件、その他関係法令等の規定を遵守しておりますので参加を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者 |  |
| 担当部署 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 担当者名 |  |
| 法人概要 | 設立 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| HPアドレス |  |

注１：申込期間は平成２８年１０月３１日（月）１７時００分までです。

注２：この様式を添付ファイルとして、下記メールアドレスあてに送信してください。

注３：プロポーザルの参加承認の可否連絡は、１１月１日（火）１７時００分までに電子メールで行います。

注４：寒川町の承認を受けない限り、本プロポーザルには参加できません。

|  |
| --- |
| ○送信先メールアドレス：fukushi@town.samukawa.kanagawa.jp　　 （担当部局　寒川町福祉部福祉課障がい福祉担当）○メールの標題　「プロポーザル参加申込（事業者名）」 |