（様式１）

　　年　　月　　日

京都府知事　西脇　隆俊　様

（提出者） 住　　　　 所

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　 印

参加表明書

平成３０年９月１４日付けで公告のありました平成３０年度介護保険データ分析・保険者支援業務委託に係る公募型プロポーザルについて、参加を表明するとともに、関係書類を提出します。

　なお、参加資格の要件を満たしていること及び提出書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

（連絡先）会社・部課名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　　話：