様式1

参　加　表　明　書

年　　月　　日

　大竹市長　入山　欣郎　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵　便　番　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　名

　大竹市が実施する大竹市施設型給付等管理システム導入及び運用支援業務に係るプロポーザルへの参加を申込みます。なお、本業務の参加資格を満たしていることを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 商号又は名称 | |  | | |
| 代表者職氏名 | |  | | |
| 所在地又は  住所 | |  | | |
| 電話番号 | |  | FAX |  |
| 設立年月日 | |  | 資本金 | 千円 |
| 売上高  (直近決算額) | | 千円 | 従業員数（常勤）  ※令和7年4月1日現在 | 人 |
| 認 証 取 得 等 | | 認証名 | ＩＳＭＳ認証 | プライバシーマーク |
| 取得状況の有無 |  |  |
| 主な業務内容 | |  | | |
| 担　　当　　者 | 氏　　名 |  | | |
| 所　属・役　職 |  | | |
| 電話番号  ・FAX |  | | |
| Ｅ－mail |  | | |

※プライバシーマーク登録又はISMS（ISO/IEC27001）認証登録の取得がわかるものを添付すること。