様式２

参　加　表　明　書

令和　　年　 月　 日

　蒲郡市長　様

所在地

商号又は名称

代表者氏名

　下記業務のプロポーザル方式による提案書の募集について、参加の希望を表明します。

　なお、プロポーザル実施要領における参加資格要件を全て満たしていること並びに本書の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

　１　業務名

　　　蒲郡市民病院新棟等実施設計CM業務委託

　２　プロポーザル名

　　　蒲郡市民病院新棟等実施設計CM業務プロポーザル

３　プロポーザル実施要領で指定している営業種目への蒲郡市入札参加資格者名簿登録状況

|  |
| --- |
| 登録状況（該当するところに〇印を付けて下さい） |
| 登録済み | 登録手続き中 |

　４　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

【事務局】蒲郡市民病院　新棟建設推進室　担当　小玉

　　　　　　 　 　 電話（直通）　0533-66-2203

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

協力会社がある場合は記入して提出すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力会社 | 会社名 |  |
| 担当業務 | □技術面の検証　　　　　　　　　□制度・法律面の検証□その他（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 協力会社 | 会社名 |  |
| 担当業務 | □技術面の検証　　　　　　　　　□制度・法律面の検証□その他（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 協力会社 | 会社名 |  |
| 担当業務 | □技術面の検証　　　　　　　　　□制度・法律面の検証□その他（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |