様式第１号

旭川市妊産婦等グリーフケア事業実施事業者申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

住　　　　所

名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　令和７年　月　　日付けで通知のありました上記契約の実施を希望します。

委託料については、旭川市妊産婦等グリーフケア事業実施要綱第２０条に定める金額とすることに同意します。

なお、応募要件を満たしていること及び添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類名 | 添付の有無 |
| 事業者概要 | 有 ・ 無 |
| 旭川市妊産婦等グリーフケア事業の実施基本計画書 | 有 ・ 無 |
| 従事（予定）職員名簿 | 有 ・ 無 |

提出担当者職氏名

　　　　　　　　　 　　 連絡先　 　住所

TEL

　　　　　　　　　　　　 FAX

　　　　　　　　　　　　 E-mail