（様式１）

令和　年　月　日

参加意思表明書

公立大学法人神奈川県立保健福祉大学

理事長　大谷　泰夫　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　　　所 |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |

　「学習マネージメントシステム（LMS）構築・導入支援及び運用保守委託　公募型プロポーザル募集要項」に基づき、参加意思表明書を提出します。

　なお、募集要項「５ 参加資格」を全て満たしていることを誓約します。

（担当者連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　属 |  |
| 役　　　職 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 電　　　話 |  |
| 電子メール |  |

（様式２）

|  |
| --- |
| 件名　学習マネージメントシステム（LMS）構築・導入支援及び運用保守委託  質　問　書  令和　年　月　日    　公立大学法人神奈川県立保健福祉大学理事長　殿  住 所  商号又は名称  代表者氏名  担当者氏名  電話番号 |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（様式３）

団体・会社概要書

令和　年　月　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 所在地 | 本社等 |  |
| 本業務を受託する支社等 |  |
| 創業年・開設年 |  | |
| 資本金等 |  | |
| 前期年間売上等 |  | |
| 常勤従業員  ・職員数 |  | |
| 本業務に関連する実働可能なスタッフ数 |  | |
| 業務内容  （ | （本委託業務に関連する業務内容は特記してください。） | |
| その他特記事項 |  | |

※　本紙の区切り線は目安です。記載欄内で上下に移動させて、各項目の文字数を調整することは可能です。スペースが不足する場合は、別紙を追加してください。