グループ構成表

　福岡県知事　　殿

令和　　年　　月　　日

　「福岡県障がい福祉サービス指導室オフィス改革事業」業務委託に係る企画提案公募への参加に関しましては、以下の構成員で申請いたします。

代表者：

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

その他グループ構成員:

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

注 氏名を記載し、押印することに代えて、署名（自署）することができる。