**公立大学法人奈良県立医科大学保育業務委託及び保育士派遣業務プロポーザルに係る参加表明書**

令和２年　　月　　日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長　殿

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

公立大学法人奈良県立医科大学保育業務委託及び保育士派遣業務プロポーザル募集要項に基づき、参加することを表明します。

　なお、提出者は本プロポーザルの参加資格要件を全て満たす者です。

【本プロポーザルに係る担当者の連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号（内線） |  |
| E－mail |  |

＊書類送付・質問回答等の送付先となります。

**運営実績**

商号又は名称

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 入所定員 | 名 |
| 直営又は委託の別 | 直　営　　・　　委　託 |
| 認可又は認可外の別 | 認　可　　・　　認　可　外 |
| 運営年数 | 年 |
| 運営期間 | 年　　　月　　　日  ～  　　　年　　　月　　　日 |

* 参加資格「入所定員５０人以上の認可保育施設又は認可外保育施設の運営実績（業務委託契約による運営も含む。）が３年以上あること。かつ、現在も継続して運営していること。」を満たすものを1つご記入下さい。

**誓約書**

令和２年　　月　　日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長　殿

（申請者）

住所

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

当申請者は、実施要項の「５．参加資格」に記載されている事項について、すべて満たしていることを誓約します。