様式１－１

**参加表明書**

令和　　年　　月　　日

奈良県危機管理監 　殿

(住所)　〒

(商号又は名称)

　　(代表者氏名)　　　　　　　　　 　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　　 （所　　属）

　　　　　　　　　　　　　　　 （ 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　 （Ｔ Ｅ Ｌ）

　　　　　　　　　　　　　　　　 （Ｅメール）

高齢者等特殊詐欺被害防止ＣＭ制作業務委託への参加を希望しますので、参加資格をすべて満たしていることを確認のうえ、参加を表明します。